

Universidade Aberta do SUS- UNASUS

Universidade Federal de Pelotas

Especialização em Saúde da Família

Modalidade a Distância

Turma 4



Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso da Equipe de Saúde Lagoa Nova, Morro do Chapéu/BA

Patrícia Valdi Régis

Pelotas, 2014

Patrícia Valdi Régis

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso da Equipe de Saúde Lagoa Nova, Morro do Chapéu/ BA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – UFPEL/UNASUS, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Violeta Rodrigues Aguiar

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

R337m Regis, Patricia Valdi

Melhoria da atenção à saúde do idoso da equipe de saúde Lagoa Nova, Morro do Chapéu/BA / Patricia Valdi Regis ; Violeta Rodrigues Aguiar, orientadora. — Pelotas, 2014.

125 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde do idoso. 4. Assistência domiciliar. 5. Saúde bucal. I. Aguiar, Violeta Rodrigues, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Carmen Lucia Lobo Giusti CRB: 10/813

Esse trabalho é dedicado a todas as pessoas idosas que, com sua sabedoria e conhecimento, ajudaram a construir a história da nossa comunidade. A eles, com toda admiração, carinho e respeito, é que consagro essas páginas inesquecíveis que, afinal, também fazem parte da sua história.

Agradecimentos

A Deus, Nosso Pai e Criador, por me conceder a sabedoria e a paz necessárias para resolver as adversidades encontradas ao longo dessa jornada.

Aos meus pais Alonso e Maria do Carmo, belíssimos seres humanos idosos, fonte eterna de aprendizado, amor indelével e inspiração.

Ao meu marido Humberto, eterno companheiro de aprendizado, meu grande professor e incentivador dos estudos e da leitura.

À minha equipe de Estratégia de Saúde da Família: Humberto Ribeiro (Médico), Izaura Viena (Cirurgiã-dentista), Mônica Régis (Téc. Enfermagem), Marinês Andrade (Téc. Enfermagem), Mislene Ferreira (Recepcionista), Agrício Gonçalves (Agente de Saúde), Valternei Barbosa (Agente de Saúde) e Edna Rocha (Agente de Saúde), cuja perseverança, apoio e seriedade fizeram com que esse trabalho se concretizasse.

À Dr^a Violeta Aguiar, minha Orientadora, que sempre demonstrou confiança inabalável em meu trabalho e sempre me incentivou com firmeza e carinho.

A todos os idosos que, despretensiosamente, ensinaram valores por muitos já esquecidos e contribuíram para que esse trabalho fosse possível.

Lista de figuras

Figura 1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na Estratégia de Saúde da Família de Lagoa Nova, Morro do Chapéu	83
Figura 2. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na ESF de Lagoa Nova, Morro do Chapéu / BA	84
Figura 3. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar na ESF de Lagoa Nova, Morro do Chapéu / BA	85
Figura 4. Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta	86
Figura 5. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes	87
Figura 6. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática	88
Figura 7. Proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica	89
Figura 8. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa	90
Figura 9. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.	91
Figura 10. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia	92
Figura 11. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia	93
Figura 12. Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos	94
Figura 13. Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia	95
Figura 14. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese bucal em dia	96
Figura 15. Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído	97
Figura 16. Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia	98
Figura 17. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	99
Figura 18. Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia	100
Figura 19. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia	101

Figura 20. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia	102
Figura 21. Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia.....	103
Figura 22. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis	104
Figura 23 Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular	105

Lista de abreviatura e siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMR	Avaliação Multidimensional Rápida
ASG	Auxiliar de Serviços Gerais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CLS	Conselho Local de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
DM	Diabetes mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HiperDia	Programa de Hipertensão e Diabetes
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	Índice de Massa Corporal
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NPH	<i>Neutral Protamine Hagedorn</i> ou Insulina Protamina Neutra <i>Hagedorn</i>
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PNH	Política Nacional de Humanização
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
RN	Recém-nascido
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SISVAN	Sistema de Vigilância Nutricional
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VD	Visita Domiciliar

Sumário

1. Análise Situacional	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da Estratégia da Saúde da Família	12
1.2 Relatório Análise Situacional	15
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	23
2. Análise Estratégica	25
2.1 Justificativa	25
2.2 Objetivos e Metas	26
2.3 Metodologia	28
2.3.1 Ações	28
2.3.2 Indicadores	39
2.3.3 Logística	45
2.3.4 Cronograma	58
3. Relatório da Intervenção	68
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente	68
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente	77
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.....	79
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra	80
4. Avaliação da Intervenção	82
4.1 Resultados	82
4.2 Discussão	106
4.3 Relatório da Intervenção para o Gestor	110
4.4 Relatório da intervenção para a comunidade	112
5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	114

6. Bibliografia	116
Anexos	117
Anexo A - Ficha espelho-Saúde do Idoso.....	118
Anexo B - Ficha espelho-Saúde Bucal.....	120
Anexo C - Planilha de Coleta de Dados.....	122
Anexo D - Documento do Comitê de Ética.....	123
Apêndice.....	124
Apêndice A - Foto da Equipe de Saúde da Família.....	125

Resumo

RÉGIS, Patrícia Valdi. **Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso da Equipe de Saúde Lagoa Nova, Morro do Chapéu/BA.** 2014. 126 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS.

O estudo realizado baseou-se na Política de Atenção à Saúde do Idoso, a qual preconiza a manutenção do estado de saúde dessa crescente população para que mais indivíduos atinjam a faixa etária de 60 anos ou mais com as melhores condições possíveis, evitando-se processos incapacitantes permanentes e permitindo que a equipe de saúde contribua para que essas pessoas alcancem a longevidade de forma independente. Dessa forma, o objetivo geral desse estudo foi melhorar a Atenção à Saúde do Idoso. A coleta de dados foi realizada através do preenchimento da ficha-espelho individual e da planilha de coleta de dados, instrumentos de coleta específicos para essa ação programática. Durante a Intervenção buscou-se ampliar o envolvimento dos profissionais da equipe de saúde e da comunidade através do estabelecimento de objetivos, metas, ações e indicadores que almejam contribuir para o desenvolvimento da atenção ao idoso de forma adequada, resultando na maior qualidade do cuidado prestado para os mesmos. Para isso, foram desenvolvidas ações em quatro grandes eixos: qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Os resultados alcançados mostram que, durante os quatro meses em que ocorreu a coleta de dados, 89,1% dos idosos existentes na área de cobertura da ESF foram cadastrados, enquanto 70% dos idosos que faltaram à consulta receberam visita domiciliar. Todos os pacientes que fizeram a primeira consulta odontológica receberam orientações em saúde bucal e nenhum deles participou de ações coletivas em saúde bucal. A partir desses resultados, considera-se poder contribuir para melhorar a atenção integral humanizada ao idoso sob o olhar vigilante e interdisciplinar da equipe de saúde.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; Assistência domiciliar; Saúde Bucal

Apresentação

O estudo ora apresentado constitui-se em um Trabalho de Conclusão de Curso cuja elaboração destina-se à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família conferido pela Universidade Federal de Pelotas na modalidade Ensino à Distância. Encontra-se dividido em cinco capítulos. O Capítulo I trata da análise situacional da Estratégia de Saúde da Família de Lagoa Nova no município de Morro do Chapéu, Bahia. Nessa análise, dois relatórios situam a ESF em diferentes momentos abordando a forma de organização das ações programáticas antes da intervenção e a estrutura física encontrada à época.

No Capítulo II aborda-se a análise estratégica, em que evidenciam-se a justificativa para a escolha do tema, os objetivos a serem alcançados, as metas relacionadas, a metodologia utilizada, os indicadores, a logística para realização da intervenção e o cronograma de atividades semanais para que todos os elementos necessários à correta e efetiva implementação da ação fossem garantidos.

O Capítulo III apresenta o relatório da intervenção, relacionando as ações desenvolvidas com suas facilidades e dificuldades, as ações que foram previstas mas não puderam ser executadas e as dificuldades encontradas na coleta e na sistematização dos dados. Além disso, o capítulo traz a viabilidade da incorporação de todas essas ações à rotina da unidade, considerando também sua adequação e melhorias possíveis.

O Capítulo IV relaciona os resultados obtidos ao final da coleta de dados e a discussão pertinente a cada um deles, oferecendo uma análise da importância da incorporação dessa ação para a equipe de saúde, para o serviço oferecido e para a própria comunidade através de diferentes relatórios. Apresenta, ainda, uma análise da viabilidade da incorporação, o que poderia ser modificado para se obter maior sucesso e quais os próximos passos para a sua concretização.

Conclui-se o estudo no Capítulo V com uma reflexão crítica sobre todo o processo de aprendizagem adquirido ao longo do curso e qual o significado do mesmo para a prática profissional.

1 Análise situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da Estratégia da Saúde da Família

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) da qual faço parte situa-se no Povoado de Lagoa Nova, distante 20 minutos da sede do Município. Foi inaugurada em 05 de Outubro de 2012, sendo relativamente nova. Essa Unidade, nos anos anteriores, fazia parte, como unidade-âncora, do Povoado de Duas Barras e recebia o atendimento da Equipe a cada 15 dias.

Com o aumento da população nessa área, foi solicitado por membros da comunidade o desligamento dessa Unidade Básica de Saúde (UBS) para, então, ser inaugurada uma ESF própria. A UBS anterior possuía apenas duas salas pequenas onde todo o equipamento, armários, mesas e cadeiras eram dispostos aleatoriamente. A sala que funcionava como consultório médico continha, também, a geladeira com os imunobiológicos e material de curativo.

Com todas as esferas política e comunitária envolvidas na abertura da nova ESF, foi-me solicitado o remapeamento da área e feito o convite para coordenar a nova unidade de saúde que ali nascia, o que aceitei prontamente por ver a oportunidade de organizar aquele emaranhado de problemas. Em 22 de agosto de 2011 a equipe composta pela Enfermeira e por dois Agentes Comunitários de Saúde iniciou a jornada prazerosa de remapear todo o território. E, assim, após uma semana de trabalho e mais de 160km rodados, delineou-se uma população de 1.836 pessoas distribuídas em 484 famílias.

Mais de um ano depois, devido às dificuldades inerentes à aquisição de equipamentos, licitações, compra de materiais, contratação de construtora, etc., finalmente a população viu as belas portas de vidro da ESF de Lagoa Nova se abrirem definitivamente ao público!

As comunidades pertencentes à área somam um total de 18, sendo elas: Lagoa Nova (sede), Cafelândia, Fazenda M.R.M., Olhos D'água, Cajazeira, Alecrim, Lagoinha, Pau de Colher, Lagoa da Serra, SIBRA, Assentamento Pedra Branca, Boa Esperança, Assentamento ATRUMC (Associação dos Trabalhadores Rurais de

Morro do Chapéu, ou antigo Treze de Maio), Destoque, Santa Úrsula, São Lázaro, Assentamento Pau Preto e Boca da Mata.

Algumas dessas comunidades são antigas fazendas cafeeiras e a maioria delas sofre com a escassez de chuvas, tendo sido contempladas com o programa de cisternas do Governo Federal. A comunidade mais próxima, o Destoque, fica a aproximadamente 4km da sede e, normalmente, as pessoas se deslocam a pé ou em bicicletas até o “posto”, como eles chamam. As localidades mais distantes são a ATRUMC e Lagoinha, ambas a 38km de Lagoa Nova.

Embora pertençam a essa área, raramente recebemos pessoas de lá devido à dificuldade de transporte, sendo que muitas vezes eles têm mais facilidade em obter transporte para outro Município ou para outra unidade de saúde, conforme relataram à época.

O remapeamento trouxe dados importantes para a equipe e foi possível estimar que a população coberta é de, aproximadamente, 50%. Por outro lado, podemos afirmar que apenas 17% das micro áreas pertencentes à Lagoa Nova possuem ACS, mas todas elas são assistidas pela equipe de saúde da ESF, inclusive recebendo visitas desta para o atendimento local, quando solicitado e sempre que se faz necessário.

Atualmente, a equipe da ESF de Lagoa Nova é composta por 01 Médico, 01 Enfermeira, 02 Técnicos em Enfermagem, 01 Auxiliar de Serviços Gerais, 01 Recepcionista, 03 ACS e 02 Agentes Comunitários de Endemias. Existe a proposta de agregar mais 05 ACS para cobrir essas áreas que estão sendo remapeadas. A migração de famílias é uma constante e uma realidade e a todo instante ocorrem mudanças no número de famílias existentes.

Pode-se dizer que a equipe atualmente forma uma unidade, pois todos trabalham comprometidos com o serviço, sempre buscando melhorias em forma de ações, ideias e propostas para otimizar o serviço; também é participativa, criativa e acolhedora. A comunidade também normalmente se mobiliza para algumas ações. Existem moradores que trazem ideias para melhorar o ambiente, por exemplo, como um projeto para a jardinagem no entorno da Unidade, expondo seus pontos de vista com naturalidade e a certeza de estarem contribuindo para seu melhorar seu próprio espaço.

A estrutura física da ESF supre a demanda com satisfação. A organização do serviço teve seu auge após a inauguração da ESF, quando cada tipo de

atendimento pôde ter seu espaço próprio. O atendimento médico ocorre por livre demanda em três dias da semana. Essa demanda acontece principalmente por causa das localidades distantes que raramente têm como se comunicar para agendar a consulta. A população local é solidária o suficiente para conceder uma vaga àqueles que chegam sem aviso prévio.

O atendimento de Enfermagem foi capaz de se organizar em dias próprios, com o exame preventivo ginecológico e as consultas de pré-natal uma vez por semana, cada. Claro, excetuando-se aquelas pacientes com domicílios distantes. Os outros atendimentos são por livre demanda. A sala de vacinação funciona durante toda a semana, e desde sua inauguração funciona também durante os “Dias D” das Campanhas de Vacinação, coisa que nunca acontecera.

A triagem funciona com uma Técnica em Enfermagem, a qual afere a pressão arterial, coleta as medidas antropométricas, realiza a glicemia capilar, curativos, etc, conforme a necessidade do atendimento. A Farmácia habitualmente é bem abastecida e existe um formulário de controle da dispensação que é renovado mês a mês. Aliás, existem diversos livros de controle na Unidade.

Esses livros fornecem dados constantes para efeito de acompanhamento, comparação e registro das atividades nessa ESF. São eles: Gestantes, Planejamento Familiar, Procedimentos Técnicos, HiperDia, Dispensação de Medicamentos, Triagem Neonatal, Preventivo, Ocorrência, Imunização do Adulto, Imunização da Criança, Protocolo de entrega de exames, Atendimento Médico e Atendimento de Enfermagem.

Representa um ponto negativo o fato de a ESF não possuir Odontólogo e Auxiliar de Consultório Dentário. A demanda para esse serviço é enorme, talvez pelo fato de o mesmo nunca ter existido na área. Essa falta é suprida com o encaminhamento dos pacientes ao Centro de Especialidades Odontológicas, mas representa um empecilho para aqueles com dificuldade de deslocamento.

As visitas domiciliares são regularmente realizadas pela Equipe e, conforme a necessidade, todos se deslocam ao domicílio para dar a assistência necessária. Contribui para esse atendimento o auxílio do Núcleo de Assistência à Saúde da Família, com um serviço recém-organizado, ainda carente de grandes contribuições.

Todos os impressos disponibilizados pela Prefeitura Municipal, através da Secretaria Municipal da Saúde, são utilizados mensalmente. Após o preenchimento, são organizados em pastas com títulos que as identificam. Essa Unidade de Saúde

recebeu, desde sua inauguração, visitas técnicas de diversas esferas governamentais, sendo talvez a mais importante delas a da Corregedoria Geral da União.

Com o início da Campanha de Vacinação contra a Influenza na próxima semana, a Equipe se prepara para realizar a atualização das Cadernetas de Vacinação, e findada essa etapa da Campanha ingressa nas atividades do Programa Saúde na Escola, em parceria com duas escolas locais, onde serão abordados temas como Saúde Ocular e Obesidade. Nessa ocasião serão coletados dados antropométricos dos alunos e revisados os Cartões de Imunização mais uma vez.

Com esse relato, delineia-se uma ESF ainda com precariedade nos serviços oferecidos, mas que conseguiu unir a atenção básica e o atendimento hospitalar com leveza e facilidade, pela própria situação de trabalho do Médico e da Enfermeira. Com uma demanda relativamente baixa, é possível organizar os impressos da ESF com alguma tranquilidade não existente nas ESF da sede.

O mais preocupante está para se resolver: concurso público para ACS, minimizando o disparate de se ter um ACS com 227 famílias e outro com 19, como atualmente se encontra! E ainda a ausência do Odontólogo e seu Auxiliar de Consultório Dentário, o que completaria a Equipe e minimizaria o impacto negativo das avaliações realizadas em saúde bucal. Quem sabe até o final desse curso o panorama já seja outro! É aguardar e torcer para ver mais essa concretização.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Morro do Chapéu é um município do Estado da Bahia localizado na região oriental (centro-norte) da Chapada Diamantina com uma área de 5.531,85 Km² onde está distribuída uma população de 35.207 habitantes. Faz parte da microrregião de Jacobina e está a uma distância de 384 km da capital, Salvador.

A rede de serviços de saúde está habilitada na Gestão Plena de Sistema Municipal desde 2010 e é composta por uma unidade hospitalar com capacidade de 72 leitos e conta com 11 Estratégias de Saúde da Família e 01 Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o qual está em processo de extinção para se transformar em mais uma ESF. Dessas 11 ESF, 06 dispõem de Médicos e Dentistas.

Auxiliando no funcionamento da rede básica foram criadas a Vigilância Sanitária e a Epidemiológica, com destaque para as excelentes ações e intervenções dessa última; um NASF que funciona com uma equipe de Psicólogo, Assistente Social, Fisioterapeuta, Educador Físico, Farmacêutico e Nutricionista; um Centro de Especialidades Odontológicas; e um Centro de Apoio Psicossocial I, os quais suprem com relativa satisfação as carências da população. O Município dispõe, ainda, de um Centro de Especialidades Médicas contando com o atendimento de Nutricionista, Cardiologista, Médico Ginecologista/Obstetra e Fisioterapeuta, além de disponibilizar diversos tipos de exames nessas áreas.

Dispõe, também, de um Laboratório de Análises Clínicas e de convênios com diversas Clínicas especializadas na sede e em vários municípios da região, que oferecem Endocrinologia, Cardiologia, Ginecologia, Terapia Ocupacional, Psicopedagogia e Pediatria, inclusive dando apoio nos casos de tratamento e acompanhamento em HIV / AIDS, oncologia e diálise. Está em funcionamento desde Outubro de 2012 o Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU, com duas ambulâncias de suporte básico e avançado, sendo que a unidade avançada não atua por falta de equipe adequada.

Pode-se acrescentar a isso uma Unidade de Pronto-Atendimento – UPA – que ainda não saiu do papel, pelo menos no que diz respeito a “funcionamento”. A estrutura física foi construída há cerca de 02 anos, o equipamento foi adquirido mas, também por falta de profissionais para compor a equipe e por não se adequar às normas exigidas para construção e funcionamento de estabelecimentos de saúde, permanece fechada, com data imprevista para inauguração, gerando protestos, auditorias, reclamações e comentários político-partidários.

Possui uma frota de carros, mas apenas uma ambulância para o transporte diário de pacientes crônicos ou não que realizam tratamentos em Salvador, Feira de Santana, Miguel Calmon, Jacobina, Irecê e Senhor do Bonfim. Inúmeras vezes foi utilizada a ambulância do SAMU para transportar pacientes até hospitais de alta complexidade, infringindo as regras de funcionamento do órgão, na tentativa de se preservar uma vida, gerando confrontos infundáveis com a Central de Regulação e com o Conselho Municipal de Saúde, que é participativo e tem voz ativa em todas as decisões.

Mantém uma Casa de Saúde na capital Salvador, onde os pacientes são hospedados para realizar procedimentos diversos. O único Hospital da cidade

também é uma Maternidade e atende uma média de 90 pacientes diariamente nas clínicas Médica, Cirúrgica, Obstétrica, Pediátrica e em Emergência. A estrutura de funcionamento da Secretaria Municipal de Saúde engloba a marcação de consultas e exames, a chamada Central de Marcação; o Centro de Processamento de Dados; o NASF; o Setor Contábil; a Coordenação da Atenção Básica; sala da Secretária Municipal de Saúde; o Setor Pessoal; e uma sala de atendimento para uso da Assistente Social.

O quadro de funcionários dos diversos serviços é composto, em sua maioria, por profissionais concursados e os demais foram convocados mediante processo seletivo realizado no ano de 2012. Uma minoria é contratada e ocupa cargos de confiança geralmente nas diversas Secretarias Municipais. A esse respeito é importante frisar que a atual Secretária de Saúde está em seu 9º ano de gestão por ser representativa e fazer jus ao seu cargo em todas as esferas do governo, atualmente compondo a Comissão Intergestora Bipartite – CIB e o Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde - COSEMS.

O Povoado de Lagoa Nova é uma pequena comunidade rural baseada na agricultura cafeeira, distante 35 Km da sede do município e com uma população de 2.070 habitantes. Possui uma Estratégia de Saúde da Família desde 05 de outubro de 2012, composta por 01 Enfermeiro, 01 Médico Generalista/Fitoterapeuta, 02 Técnicos em Enfermagem, 01 Cirurgião-Dentista (recém-convocado), 01 Recepcionista e 03 Agentes Comunitários de Saúde. Não possui Auxiliar de Consultório Dentário e Auxiliar de Serviços Gerais.

Além disso, a ESF apresenta a metade de sua área de abrangência sem Agentes Comunitários de Saúde, oferecendo apenas 50% de cobertura de sua área total. Entretanto, isso não significa uma população sem acesso ou sem assistência médica, pois todas essas comunidades são acolhidas e atendidas em suas necessidades, mesmo sem agendamento prévio de consulta.

Essa ESF é vinculada ao Sistema Único de Saúde e não possui vínculos com instituições de ensino, embora mantenha uma agenda anual de palestras organizadas junto à Diretoria dos dois Colégios locais, trabalhando em parceria as situações de saúde necessárias à manutenção dos agravos da região.

O Povoado não possui Conselho Local de Saúde e, na atualidade, está sendo desenvolvida uma ação para a implantação desse importante órgão, já tendo

sido realizado há cerca de 01 mês uma palestra por um dos Conselheiros Municipais de Saúde para esclarecimento da população, a convite da equipe da ESF.

Quanto à estrutura física da Unidade diversas falhas podem ser vistas no acabamento geral e na própria escolha do material (de péssima qualidade) que compõe janelas e portas, principalmente. Essas falhas geraram algumas dificuldades no funcionamento do serviço e no trabalho da equipe, sendo superados posteriormente, mas não resolvidos.

Visitas técnicas de diferentes órgãos, como a Vigilância Sanitária, já foram realizadas e notificadas. Vistorias foram solicitadas e as adequações impostas pelo Engenheiro Civil do Município não foram cumpridas. Têm-se vislumbrado as mudanças com base na implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade, quando se terá a oportunidade de corrigir as imperfeições na obra, o que nem deveria mais estar sendo discutido.

Alguns pontos positivos foram observados na construção da Unidade, correspondendo ao que está preconizado pelo Ministério da Saúde, como rampas de acesso, ambiente naturalmente iluminado, mas sem gerar reflexos, corredores largos, dentre outros parâmetros. Entretanto, muitas outras exigências não foram cumpridas, como portas de material lavável, janelas com persiana, exaustores, corrimãos, ambientes com sinalização visual ou sonora, pisos antiderrapantes, etc. Porém, essas não conformidades não são suficientes para causar transtornos no atendimento aos pacientes ou à equipe, a qual procurou se adaptar até que essas falhas sejam sanadas, depositando especial esperança na criação e funcionamento do conselho local de saúde.

Quanto às atribuições dos membros da Equipe, desde Junho do ano corrente vem sendo desenvolvido um processo de educação continuada para eles próprios. Nesse momento, são apresentados e discutidos materiais do cotidiano, como os protocolos ministeriais, tornando conhecido de todos como funciona verdadeiramente o trabalho de cada um dos profissionais.

Já foram discutidos o planejamento familiar, trazendo à tona os pormenores do uso dos contraceptivos, e a implantação das consultas de puericultura. Para o mês de Julho foi escolhida a Portaria nº 2488/2011, muito pertinente, portanto, e a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

A principal dificuldade apontada pela equipe é manter organizada a agenda das consultas de Enfermagem, a qual atende um grande número de pacientes por

demanda espontânea. Isso quer dizer que, muitas vezes, num mesmo turno podem ocorrer atendimentos de gestantes, planejamento familiar, HiperDia e/ou exame citopatológico, o que dificulta a programação de algumas atividades e o atendimento se torna um tanto desordenado.

Toda a demanda do Médico é espontânea pelo mesmo motivo de se atender um grande número de pacientes impossibilitados de agendar previamente a consulta. Mesmo assim, consegue-se controlar o fluxo de pacientes e todos são atendidos em tempo hábil sem consequências negativas.

Um aspecto muito positivo na equipe, e que talvez seja o grande diferencial para manter o sucesso nos atendimentos e a harmonia na convivência, é a disponibilidade de todos para acolher a demanda espontânea, os casos agudos e as urgências. A forma de registro das consultas e a manutenção do cadastro de pacientes nos diversos programas é outro potencial apontado pelos membros da equipe, que ainda incluem as reuniões destinadas à educação continuada.

A equipe tem desenvolvido metas e planejado ações em curto prazo, como a implantação das consultas de puericultura e saúde do idoso e, ainda, o rastreamento de todas as mulheres dos programas de câncer de mama e colo uterino.

Sobre a população cadastrada segundo as micro áreas, têm-se os seguintes dados: são 1.071 pessoas cadastradas por ACS contra 999 aguardando a realização do concurso público para poderem ser acompanhadas e assistidas. Esses 999 habitantes estão distribuídos em 15 comunidades, sendo elas: Cafelândia, Fazenda M.R.M., Olhos D'água, Cajazeira, Alecrim, Lagoinha, Pau de Colher, Lagoa da Serra, SIBRA, Assentamento Pedra Branca, Boa Esperança, Assentamento ATRUMC, Destoque, São Lázaro e Boca da Mata.

Dos 1.071 habitantes acompanhados, 540 são do sexo masculino, 531 do sexo feminino e 105 maiores de 60 anos; 09 são menores de 01 ano; 91 entre 1 e 4 anos; 46 entre 5 e 6 anos; 68 entre 7 e 9 anos; 128 entre 10 e 14 anos; 123 entre 15 e 19 anos; 323 entre 20 e 39 anos; 98 entre 40 e 49 anos; e 82 entre 50 e 59 anos. Até o momento, a estratégia discutida e que ainda está (apenas) no papel é a criação de 07 vagas para ACS, os quais cobririam toda a área descoberta.

Quanto ao acolhimento da demanda espontânea, como o fluxo de pacientes agendados não é excessivo, toda a demanda livre que chega para atendimento é atendida. Nos casos extremos em que há algum tumulto, moradores da sede são agendados para o turno seguinte nos casos em que se pode esperar (resultado de

exames, renovação de receita médica, etc). Não há consequências negativas registradas até o momento quanto a isso.

A ESF não dispõe de telefone público e todos sabem que não há formas possíveis de comunicação para agendar as consultas dos moradores dos outros povoados das proximidades, das fazendas e dos assentamentos. A instalação de um telefone na Unidade seria uma excelente forma de minimizar esse inconveniente, dando mais segurança a todos, seja da equipe ou da comunidade.

As consultas de puericultura estão sendo implantadas e não há ainda forma de se avaliar essa ação. Anteriormente, a abordagem era feita geralmente na sala de imunização, na consulta de planejamento familiar ou na visita domiciliar à puérpera/recém-nascido, mas isso não poderia ser chamado de consulta efetivamente. Outras vezes, a mãe com seu bebê era interceptada por ocasião da consulta com o Médico e quase convencidos a conversar com a Enfermeira para serem avaliados quanto ao peso, alimentação, diurese e dejeções e outros parâmetros clínicos importantes.

A meta da equipe é implantar essa ação programática no segundo semestre, com base no protocolo ministerial, uma vez que o município não dispõe do seu próprio material. A população já tem conhecimento dessas consultas, pois estão sendo apresentadas desde o pré-natal e demonstra interesse e confiança. Para tanto, está firmemente pactuado pela equipe a organização das consultas de puericultura, atendendo a todas as demandas de saúde das crianças, utilizando, inclusive, material de coleta de dados desse curso.

Quanto ao pré-natal, essa é, talvez, a melhor ação realizada, com excelente adesão e cumprimento das consultas corretamente. Existe uma verdadeira rede formada, onde todos atuam desde a triagem até o encaminhamento à Maternidade. Salas de espera foram realizadas com todas elas e já foi implantada a Triagem Pré-Natal em Junho/2013 com boa adesão.

Raramente alguma gestante não atinge as 06 consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde e a rede de serviços atende com satisfação os exames laboratoriais e USG Obstétrica. Todas são imunizadas, conforme a necessidade, e tem garantido o Teste do Pezinho e as vacinas neonatais. A falha está na realização do preventivo ginecológico, o qual nunca foi realizado em gestantes devido ao intenso e antigo tabu quanto à sua realização no período gestacional.

As consultas de pré-natal são agendadas para as sextas-feiras e o número de gestantes, atualmente, atingiu 10, o que é muito pouco e garante um atendimento satisfatório para as futuras mães. Existe um livro para o acompanhamento das consultas, fichas para cadastro do SIS-PN web e Sistema de Vigilância Nutricional e a equipe conta com o apoio de um médico obstetra para realizar o atendimento em conjunto com a Enfermeira, mediante agendamento prévio onde são avaliadas as gestantes de risco.

Após o trabalho de parto, a puérpera e o RN têm sua visita garantida pelo enfermeiro e pelo ACS, garantindo a continuidade do cuidado. O RN sai da maternidade com as primeiras vacinas realizadas no ambiente hospitalar. Existe também o fornecimento da imunoglobulina anti-Rh para os casos necessários, sendo ofertada no próprio Hospital pelo Município. Essa Maternidade é de cunho filantrópico.

A realização de ações contra o câncer de mama não é executada conforme protocolos. Antes, elas ocorrem quando há queixas da paciente que procura a unidade de saúde para solicitar a mamografia ou quando, durante a consulta médica ou do enfermeiro, existe uma indicação para a realização de tal procedimento.

Em 2012, o Município realizou um rastreamento via Secretaria Estadual onde uma unidade móvel efetuou diversas mamografias, encaminhando os casos necessários para serviços especializados. A ação foi um sucesso e alguns casos rastreados resultaram em desenvolvimento de câncer de mama, os quais estão sendo tratados e monitorados em todo o Município. O Povoado de Lagoa Nova apresentou apenas 01 caso.

Quanto às ações preventivas do câncer de colo uterino, mensalmente são realizados entre 05 e 10 preventivos, geralmente fora da faixa etária considerada. Há um livro de registro da realização e outro livro para anotar os resultados, os quais levam, em média, 30 dias para retornar de Salvador. Todos os casos necessários são tratados pelo Médico ou pela Enfermeira, ou, ainda, são encaminhados para o Ginecologista de referência do Município.

Em relação a essas duas importantes estratégias, as discussões já foram iniciadas para implantar o protocolo ministerial e realizar a busca ativa das mulheres na faixa etária. Em pouco tempo, espera-se já observar uma modificação no comportamento dessa população para compensar os anos de exames não realizados.

A atenção dispensada aos hipertensos e diabéticos ainda não é totalmente adequada na visão da equipe e se equipara à do pré-natal. Os cadastrados são participativos, comparecem às consultas e às palestras com o grupo. Todos são acompanhados pelo SISVAN, assim como as gestantes o são.

Mensalmente, tem seu peso, pressão arterial, circunferência abdominal, IMC e glicemia capilar (quando necessário) avaliados. Existe um livro de cadastro e acompanhamento e um sistema de busca ativa que funciona relativamente bem. Ainda existem muitos pacientes sem cadastro devido às dificuldades de se atingi-los quando fora da área de abrangência.

Os medicamentos são disponibilizados sem problemas, inclusive insulina NPH junto com as seringas. Mensalmente, são feitos mapas de registro do comparecimento às consultas em impressos do próprio município, para controle das equipes. Entretanto, não há protocolos na Unidade, apenas são seguidos os protocolos ministeriais. Na formação da ESF, o NASF prestou muito apoio, criando um grupo de caminhada que até hoje permanece.

Em relação à saúde do idoso, mais uma vez não há protocolos margeando os atendimentos. O acompanhamento é realizado mais com base nas consultas do HiperDia e quando eles procuram atendimento devido a problemas agudos de saúde. No geral, não são resistentes às consultas ou à imunização, talvez pelo belo trabalho realizado anteriormente pela ACS que até hoje é muito atuante e pela Auxiliar de Enfermagem, hoje aposentada, que prestou um excelente serviço na comunidade.

No entanto, não é prática da equipe o cadastro e o acompanhamento da população idosa e os poucos pacientes cadastrados são provenientes do Programa HiperDia. Não há dados que possam subsidiar a estimativa de idosos efetivamente acompanhados, mas acredita-se que, em média, 35% deles são regularmente atendidos por frequentarem a ESF periodicamente. Cabe dizer que os demais idosos, inclusive aqueles das comunidades descobertas, tem livre acesso a todos os serviços da unidade.

Assim como na puericultura e no rastreamento do câncer de colo e mama, estão sendo desenvolvidas ações para implantação da consulta do idoso não como hipertenso ou diabético apenas, mas como idoso. Deve-se frisar que toda a equipe compartilha o desejo de implantar essas novas ações, provando sua competência e

compromisso junto à comunidade perante o Gestor e à própria comunidade. É um desafio para todos. Mas é encarado com alegria e como projeto de superação.

E, após tantas leituras no silêncio de uma sala intercaladas com as discussões acirradas na agitação da ESF é que se chega à conclusão primordial: o desejo de implantação das ações, descritas por outros profissionais como possíveis e realizáveis, provando que não há nada que suporte um trabalho em equipe voltado para a melhoria de uma comunidade. Afinal, “pacientes” somos todos nós.

Até o momento, nada havia sido falado a respeito de um importante ator nesse cenário: o Agente Comunitário de Endemias. Com destaque principalmente nas ações contra a Dengue, imunização contra a raiva animal e Leishmaniose, esse grande personagem ainda vive isolado da equipe de Saúde da Família nessa realidade de Lagoa Nova.

Houve sugestões por parte de diversas entidades de incorporá-los em definitivo à Equipe, aliando as tarefas e as intervenções, o que traria mais resolutividade nos problemas enfrentados e satisfação à população, considerando a atuação e o desenvolvimento dos seus trabalhos.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Ao ser realizada a leitura do texto e a comparação entre a situação do serviço na segunda semana de ambientação e na atualidade podem ser observadas algumas mudanças significativas que ocorreram nesse período. Uma das mais importantes, talvez, seja a contratação do Cirurgião-Dentista, o qual passou a integrar a equipe desde o final do mês de Junho do ano corrente. Soma-se a essa a instalação de reuniões mensais para compor o processo de educação continuada tão desejado pela equipe.

Entretanto, a ESF encontra-se em um período crítico por ter sido remanejada a Auxiliar de Serviços Gerais sem qualquer explicação. Com o período chuvoso, a terra misturada à lama cria um ambiente hostil e insalubre a todos os usuários, inclusive aos profissionais, criando um aspecto de sujeidade e desmazelo. Três ASG foram contratadas em um período de 30 dias, mas todas foram alocadas nos colégios locais, tendo sido solicitado inúmeras vezes providências para resolver

o descaso. Dessa forma, a equipe tem se revezado na limpeza mínima que o ambiente exige até o problema ser sanado.

Outro problema que se estende há 08 meses é a “presença” de uma Recepcionista trabalhando na ESF sem, sequer, um contrato. Além disso, não recebeu qualquer pagamento referente ao salário até o momento e segue aguardando uma posição dos Gestores. Quanto à contratação do Cirurgião-Dentista, houve uma inversão da sequência lógica: não há equipamento para que ela inicie seu trabalho clínico (compressor, cadeira, instrumental) e a mesma tem esgotado seu papel de educadora na comunidade, já tendo realizado escovação e outras tarefas educativas com todas as turmas de alunos, seus pais e os professores.

Também foi observado que após o remapeamento da área, exigido com muita urgência, segue sem definição a questão referente ao concurso para Agente Comunitário de Saúde. Provavelmente, será necessário outro remapeamento até que isso seja decidido. Outro grande e grave problema foi o quase total desabastecimento da farmácia, principalmente relacionado aos medicamentos do Programa HiperDia, chegando à falta de quase todo o elenco. Os pacientes estão sendo orientados a comprar o medicamento, mas sabe-se de casos de subdoses para poupar os últimos comprimidos.

Outra inconveniência, dessa vez de cunho político, foi a escala feita pelo próprio Prefeito Municipal com o veículo que transporta a equipe para levar uma determinada paciente às sessões de Fisioterapia três vezes por semana, prejudicando e impedindo a realização das visitas a outros povoados. Portanto, o carro deixa a equipe na localidade e volta à sede com a paciente, aguardando-a terminar a sessão e retornando para deixá-la em seu domicílio e trazer de volta a equipe.

Finalmente, a maior e mais importante mudança ocorreu no âmbito da consciência de trabalho da equipe. As inúmeras discussões em torno do aprendizado que esse curso tem proporcionado ajudaram a imprimir em todos o desejo pela mudança, pela melhoria na qualidade do atendimento, pela implantação de ações que qualifiquem o serviço. A trajetória até alcançar essa meta é difícil, longa e cheia de desafios, mas todos os profissionais da ESF de Lagoa Nova têm encontrado incentivos até mesmo na própria dificuldade, mantendo o objetivo de construir sua história dentro do Sistema Único de Saúde num momento delicado em que mais se almeja a valorização do ser humano.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A ação programática escolhida como projeto de intervenção na Estratégia de Saúde da Família de Lagoa Nova refere-se à Saúde do Idoso, visando a melhoria das condições de vida das pessoas com idade de 60 anos ou mais. A escolha dessa intervenção deve-se, basicamente, ao fato de que é uma população com tendência ao crescimento e que frequentemente se encontra desassistida tanto por parte dos familiares quanto dos profissionais das diversas áreas, em especial a da saúde (BRASIL, 2006).

Com o aumento da expectativa de vida, nada é mais imperioso do que buscar contribuir com esses indivíduos de forma que todos possam alcançar a maturidade cronológica mantendo um desempenho aceitável no contexto social (BRASIL, 2010). A população-alvo dessa ação são os 105 idosos atualmente cadastrados na ESF de Lagoa Nova, cerca de 60 deles já acompanhados regularmente pelo Programa HiperDia.

Habitualmente, comparecem à unidade local nas campanhas de imunização e às consultas médicas para tratar dos problemas específicos da idade avançada, momento em que são orientados quanto ao acompanhamento regular pela Equipe. A equipe da ESF de Lagoa Nova encontra-se engajada no preparo das ações que serão desenvolvidas ao longo do período de desenvolvimento desse projeto. Reconhece que o acompanhamento atualmente prestado aos indivíduos idosos não é específico ou integral, focando principalmente na resolução de problemas agudos.

A maior e mais importante limitação é alcançar os idosos de dois povoados das proximidades, justamente pela dificuldade no deslocamento. Na revisão das metas pela equipe, o grau de implementação foi considerado razoável, uma vez que é o desejo também da população receber maior atenção e cuidados por parte dos profissionais que atuam na localidade.

A importância dessa ação programática em saúde do idoso deve-se ao fato de ser grande o número de idosos que procuram os serviços oferecidos pela equipe,

mas não os encontram de forma satisfatória, pois o atendimento visa principalmente a aferição da pressão arterial, as medidas antropométricas e a distribuição de medicamentos. Outros parâmetros não são avaliados.

Implementando essas ações contidas no protocolo ministerial, estudadas minuciosamente, aplicadas não por acaso é que se reduzirá a morbimortalidade ainda muito elevada nessa faixa etária, contribuindo para altas taxas de incapacidade, isolamento social e maus tratos. Ao se executar essas ações a equipe estará garantindo a melhoria de vida de dezenas de indivíduos já fragilizados pelo tempo, tornando-os a si mesmos esperançosos do seu futuro como pessoas felizes e produtivas.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso da Equipe de Saúde Lagoa Nova, Morro do Chapéu/BA

2.2.2 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos;
2. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso;
3. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde;
4. Melhorar os registros das informações;
5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência;
6. Promover a saúde.

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos

Meta 1: Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 60%.

Meta 2: Cadastrar 60% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 3: Realizar visita domiciliar a 60% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 4: Rastrear 40% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 5: Rastrear 40% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 6: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 40% dos idosos (com elaboração de plano de tratamento).

Meta 7: Fazer visita domiciliar odontológica de 40% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso;

Meta 8: Buscar 40% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde

Meta 9: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 40% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Meta 10: Realizar exame clínico apropriado em 40% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos.

Meta 11: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 40% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 12: Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 60% dos idosos (considerar os idosos sem prescrição medicamentosa como com acesso a medicamentos).

Meta 13: Avaliar alterações de mucosa em 40% dos idosos cadastrados.

Meta 14: Avaliar necessidade de prótese dentária em 40% dos idosos com primeira consulta odontológica.

Meta 15: Concluir o tratamento odontológico em 40% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Relativas ao objetivo 4: Melhorar os registros das informações;

Meta 16: Manter registro específico de 60% das pessoas idosas.

Meta 17: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 60% dos idosos cadastrados.

Relativas ao objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta 18: Rastrear 40% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 19: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 40% das pessoas idosas.

Meta 20: Avaliar a rede social de 40% dos idosos.

Meta 21: Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 40% dos idosos.

Relativas ao objetivo 6: Promover a atenção integral à saúde do idoso

Meta 22: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 40% das pessoas idosas.

Meta 23: Garantir orientação para a prática de atividade física regular a 40%

Meta 24: Garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 40% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática.

Meta 25: Garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 40% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos.

Meta 1: Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 60%.

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na ESF mensalmente através de dados no SIAB e nos prontuários.

Organização e Gestão do Serviço: Acolher e cadastrar os idosos da área de cobertura, mantendo permanentemente na agenda da ESF um horário de atendimento e cadastro para o idoso.

Engajamento Público: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na

unidade de saúde; Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos; Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço; Capacitar a equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Meta 2: Cadastrar 60% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Monitoramento e Avaliação: Manter um registro atualizado desses idosos em livro próprio.

Organização e Gestão do Serviço: Elaborar um cronograma de visitas domiciliares com os ACS de forma que todos os idosos acamados/com problemas de locomoção sejam atendidos, registrados e acompanhados.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência; Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 3: Realizar visita domiciliar a 60% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Monitoramento e Avaliação: Criar junto à equipe um cronograma de visitas domiciliares regulares para esses pacientes.

Organização e Gestão do Serviço: Elaborar um cronograma de visitas domiciliares com os ACS de forma que todos os idosos acamados/com problemas de locomoção sejam atendidos, registrados e acompanhados.

Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar; Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Qualificação da Prática Clínica: Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Meta 4: Rastrear 40% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Monitoramento e Avaliação: Manter atualizado um livro de registro com os dados referentes ao rastreamento; Elaborar um cronograma de atendimento desses idosos com base nos registros do HiperDia.

Organização e Gestão do Serviço: Manter a sala de procedimentos organizada de forma a receber e atender prontamente o idoso; Verificar sempre o bom funcionamento do material utilizado na consulta; Garantir permanentemente o abastecimento da ESF com esses insumos.

Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade; Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Meta 5: Rastrear 40% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Monitoramento e Avaliação: Manter atualizado um livro de registro com os dados referentes ao rastreamento; Elaborar um cronograma de atendimento desses idosos com base nos registros do HiperDia.

Organização e Gestão do Serviço: Manter a sala de procedimentos organizada de forma a receber e atender prontamente o idoso; Verificar sempre o bom funcionamento do material utilizado na consulta; Garantir permanentemente o abastecimento da ESF com esses insumos.

Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre a importância da realização da glicemia de jejum após os 60 anos de idade; Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica; Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para identificar os casos que necessitem de rastreamento para DM; Orientar a equipe para o reconhecimento de sinais de hipoglicemia e hiperglicemia; Orientar a equipe quanto ao uso do glicosímetro.

Meta 6: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 40% dos idosos (com elaboração de plano de tratamento).

Monitoramento e Avaliação: Elaborar uma agenda de atendimento que priorize o atendimento do idoso em qualquer situação.

Organização e Gestão do Serviço: Discutir o acolhimento com a Equipe, organizando ações sobre como proceder para garantir tal prática.

Engajamento Público: Esclarecer a população quanto à importância do comparecimento do idoso à consulta odontológica, incentivando o acompanhamento do mesmo por seus familiares; Apresentar o serviço odontológico na comunidade.

Qualificação da Prática Clínica: A equipe deve ser capacitada para captar o idoso, orientando-o quanto ao serviço oferecido e de que forma ele pode ser beneficiado.

Meta 7: Fazer visita domiciliar odontológica de 40% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção.

Monitoramento e Avaliação: Elaborar e manter atualizado livro de registro das consultas do idoso com o acompanhamento do atendimento odontológico em conjunto com a equipe de saúde bucal.

Organização e Gestão do Serviço: Montar o cronograma das visitas em conjunto com a equipe de saúde bucal, verificando a disponibilidade de materiais e equipamentos a serem utilizados.

Engajamento Público: Esclarecer quanto à necessidade de visita domiciliar odontológica, encorajando a rede social do idoso a permitir essa ação.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe quanto aos procedimentos realizados por ocasião da visita domiciliar, incentivando-os a realizá-la em parceria com a equipe de saúde bucal.

Relativas ao objetivo 2: Aumentar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso

Meta 8: Buscar 40% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Monitoramento e Avaliação: Manter um cronograma das consultas periódicas de forma que toda a Equipe possa sinalizar o atraso na consulta.

Organização e Gestão do Serviço: Manter um registro atualizado e de fácil acesso e consulta a toda a equipe com todos os dados necessários para a identificação do paciente com alguma falha no atendimento.

Engajamento Público: Orientar a comunidade quanto à importância da adesão plena do idoso e da sua rede social ao programa, enunciando os benefícios para todos.

Qualificação da Prática Clínica: Orientar a equipe quanto à realização de busca ativa do paciente faltoso à consulta e a forma pactuada para monitorar o seu comparecimento ou não à consulta.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 9: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 40% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Monitoramento e Avaliação: Orientar a equipe quanto à Avaliação e manter o registro atualizado de todos os idosos que já a realizaram.

Organização e Gestão do Serviço: Discutir e apresentar a A.M.R. a toda a equipe, definindo o papel de cada um na aplicação desse método de avaliação.

Engajamento Público: Apresentar e esclarecer a comunidade quanto à A.M.R. como mecanismo de avaliação integral da saúde do paciente.

Qualificação da Prática Clínica: Proporcionar discussão em equipe quanto à importância e uso da A.M.R. permitindo que a mesma questione e aprenda.

Meta 10: Realizar exame clínico apropriado em 40% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos.

Monitoramento e Avaliação: Definir um método de registro da realização de exame clínico apropriado nos pacientes, bem como o controle adequado dos que já o realizaram, incluindo o agendamento oportuno a cada três meses.

Organização e Gestão do Serviço: Realizar treinamento e discussões com a equipe para que a mesma esteja preparada para o atendimento do idoso hipertenso e diabético.

Engajamento Público: Orientar a comunidade em relação a alterações físicas nos pacientes idosos, principalmente a nível de membros inferiores.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe quanto à realização do exame clínico adequado, priorizando a avaliação criteriosa dos membros inferiores.

Meta 11: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 40% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Monitoramento e Avaliação: Registrar e monitorar a realização periódica dos exames laboratoriais, através de um cronograma de fácil visualização e acesso pela equipe.

Organização e Gestão do Serviço: Estabelecer parceria com o Gestor Municipal para a garantia da solicitação e realização dos exames protocolares; Criar uma agenda de exames em livro de registro próprio.

Engajamento Público: Apresentar a relação dos exames complementares, orientando quanto à periodicidade para a realização dos mesmos; Orientar quanto aos locais para realização e os protocolos definidos pelo Município.

Qualificação da Prática Clínica: Esclarecer e discutir em equipe quais exames complementares devem ser realizados, o significado/importância dos mesmos e o sistema de referência/contrarreferência para tal.

Meta 12: Avaliar o acesso aos medicamentos prescritos em 60% dos idosos (considerar os idosos sem prescrição medicamentosa como com acesso a medicamentos).

Monitoramento e Avaliação: Registrar os medicamentos em uso de cada paciente, verificando a aquisição e o uso correto dos mesmos através de livro próprio para esse fim; Registrar no livro de acompanhamento do idoso os medicamentos em uso atual.

Organização e Gestão do Serviço: Estabelecer mecanismo de controle de estoque de medicamentos da ESF.

Engajamento Público: Apresentar a relação dos medicamentos disponíveis na ESF e sua indicação clínica; Orientar quanto à importância do uso regular dos medicamentos prescritos.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para o conhecimento dos medicamentos disponíveis na Farmácia Básica; Capacitar a equipe para orientar o paciente quanto ao uso correto dos medicamentos e o controle do seu próprio estoque.

Meta 13: Avaliar alterações de mucosa em 40% dos idosos cadastrados.

Monitoramento e Avaliação: Elaborar em parceria com a equipe de saúde bucal um cronograma de atendimento de consultas odontológicas voltadas para os idosos

com alterações de mucosa oral, encaminhando-os via referência/contrarreferência ao serviço adequado.

Organização e Gestão do Serviço: Organizar a agenda de atendimento de forma a atender os idosos identificados com alterações de mucosa oral.

Engajamento Público: Orientar a comunidade quanto à importância do diagnóstico de alterações em mucosa oral e quais são essas alterações.

Qualificação da Prática Clínica: Discutir em equipe sobre as alterações de mucosa e como proceder frente ao seu diagnóstico; Capacitar quanto aos cuidados com a mucosa oral.

Meta 14: Avaliar necessidade de prótese dentária em 40% dos idosos com primeira consulta odontológica.

Monitoramento e Avaliação: Identificar os idosos que necessitam de prótese, agendando a consulta para avaliação, com retorno e acompanhamento.

Organização e Gestão do Serviço: Identificar e quantificar os pacientes, materiais e equipamentos para que esses últimos sejam suficientes para a demanda.

Engajamento Público: Apresentar o serviço odontológico, priorizando a confecção de próteses e a importância do seu uso e conservação.

Qualificação da Prática Clínica: Habilitar a equipe para a captação de pacientes edêntulo; Capacitar a equipe para que a mesma possa orientar o paciente sobre a importância de manter a capacidade de mastigação.

Meta 15: Concluir o tratamento odontológico em 40% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Monitoramento e Avaliação: Elaborar em parceria com a equipe de saúde bucal um cronograma de atendimento de consultas odontológicas priorizando a conclusão do tratamento.

Organização e Gestão do Serviço: Identificar os idosos com o tratamento a concluir; Organizar o número de atendimentos/dia para que o material disponibilizado seja suficiente; Priorizar os idosos que necessitam do atendimento com urgência para que seja oportunizado o serviço prontamente.

Engajamento Público: Expor à comunidade a importância e os benefícios de o idoso concluir o tratamento odontológico.

Qualificação da Prática Clínica: Qualificar a equipe para identificar os idosos que concluíram o tratamento odontológico; Orientar quanto à captação e esclarecimento daqueles que não concluíram o tratamento odontológico.

Relativas ao objetivo 4: Melhorar os registros das informações.

Meta 16: Manter registro específico de 60% das pessoas idosas.

Monitoramento e Avaliação: Manter cadastro atualizado em livro próprio com dados relevantes que possam ser acessados por toda a equipe a qualquer momento.

Organização e Gestão do Serviço: Manter um registro atualizado e de fácil acesso e consulta a toda a equipe com todos os dados necessários para a identificação do paciente com alguma falha no atendimento.

Engajamento Público: Orientar a comunidade quanto à importância do registro completo do idoso no prontuário e fichas específicas.

Qualificação da Prática Clínica: Qualificar a equipe em relação ao registro completo do paciente, orientando sobre quais documentos deve-se solicitar para que a consulta seja realizada.

Meta 17: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 60% dos idosos cadastrados.

Monitoramento e Avaliação: Garantir o preenchimento integral e correto da Caderneta de Saúde e orientar a equipe para que atualize dados em momento oportuno.

Organização e Gestão do Serviço: Informar o número de idosos que necessitam da Caderneta, adquiri-las, preenchê-las e entregá-las ao paciente na consulta.

Engajamento Público: Apresentar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, discutindo os dados existentes na mesma e a importância do seu completo preenchimento.

Qualificação da Prática Clínica: Orientar a equipe sobre o preenchimento correto e completo da Caderneta, definindo as atribuições de cada um no momento desse preenchimento.

Relativas ao objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 18: Rastrear 40% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Monitoramento e Avaliação: Identificar e monitorar os idosos com risco de morbimortalidade através de consultas e visitas domiciliares regulares e registro em livro próprio.

Organização e Gestão do Serviço: Identificar os riscos na consulta e agendar retorno.

Engajamento Público: Apresentar à comunidade quais elementos clínicos se constituem em risco de morbimortalidade, e a importância do rastreamento desses pacientes.

Qualificação da Prática Clínica: Qualificar a equipe quanto aos fatores de risco para morbimortalidade, esclarecendo dados clínicos de importância para que isso seja feito.

Meta 19: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 40% das pessoas idosas.

Monitoramento e Avaliação: Identificar e monitorar os idosos com fragilidade através de consultas e visitas domiciliares regulares e registro em livro próprio.

Organização e Gestão do Serviço: Identificar os riscos na consulta e agendar retorno.

Engajamento Público: Discutir com a comunidade quais os indicadores de fragilização na velhice e formas de minimizar o seu impacto na vida dos idosos.

Qualificação da Prática Clínica: Qualificar a equipe para a identificação de sinais de fragilidade nos idosos e as formas de diminuir a incapacidade gerada pelos mesmos.

Meta 20: Avaliar a rede social de 40% dos idosos.

Monitoramento e Avaliação: Registrar os dados relacionados à rede social do idoso, identificando aqueles com risco para isolamento.

Organização e Gestão do Serviço: identificar esses pacientes e montar cronograma de visitas com finalidade de identificar riscos e minimizar o isolamento.

Engajamento Público: Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Qualificação da Prática Clínica: Orientar a equipe sobre como os idosos podem realizar atividades em grupo, através da formação de grupos e da busca de serviços que ofereçam esse tipo de atividade.

Meta 21: Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 40% dos idosos.

Monitoramento e Avaliação: Elaborar um cronograma de atendimento de consultas odontológicas voltadas para os idosos com alterações em cavidade oral, evidenciando a realização da avaliação de risco.

Organização e Gestão do Serviço: Identificar os riscos na consulta, orientar e agendar retorno.

Engajamento Público: Esclarecer a comunidade quanto aos riscos em saúde bucal e a importância do monitoramento na unidade de saúde.

Qualificação da Prática Clínica: Qualificar a equipe quanto aos riscos em saúde bucal e os cuidados para evitar danos ou complicações à mesma.

Relativas ao objetivo 6: Promover a atenção integral à saúde do idoso.

Meta 22: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 40% das pessoas idosas.

Monitoramento e Avaliação: Registrar em livro próprio as atividades relacionadas às práticas saudáveis de alimentação com o apoio do NASF.

Organização e Gestão do Serviço: Organizar uma agenda de visitas e atividades com a equipe do Núcleo de Assistência à Saúde da Família, vislumbrando ações voltadas à Nutrição saudável.

Engajamento Público: Apresentar à comunidade práticas saudáveis de alimentação, instruindo-a a monitorar a nível domiciliar a adesão dos pacientes.

Qualificação da Prática Clínica: Discutir as práticas saudáveis de alimentação conforme protocolos existentes.

Meta 23: Garantir orientação para a prática de atividade física regular a 40% idosos.

Monitoramento e Avaliação: Registrar em livro próprio as atividades relacionadas à prática de atividade física com o apoio do NASF.

Organização e Gestão do Serviço: Organizar uma agenda de visitas e atividades com a equipe do Núcleo de Assistência à Saúde da Família, vislumbrando ações voltadas à prática de atividade física.

Engajamento Público: Engajar a comunidade na formação de grupos que possam apoiar e acompanhar os idosos na prática de atividade física regular.

Qualificação da Prática Clínica: Orientar a equipe quanto às formas de atividade física a serem desenvolvidas pelos idosos e de que forma os mesmos devem ser acompanhados.

Meta 24: Garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 40% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática.

Monitoramento e Avaliação: Avaliar nas consultas o entendimento que o idoso tem sobre os cuidados com si próprio, inclusive com sua saúde bucal, registrando no prontuário.

Organização e Gestão do Serviço: Organizar a agenda de atendimento de forma que sejam distribuídos os pacientes dentro de um horário regular para a consulta.

Engajamento Público: Informar a comunidade quanto às orientações de higiene bucal que devem ser ofertadas na consulta individual para que possa ajudar a monitorar o cumprimento das mesmas.

Qualificação da Prática Clínica: Apresentar as orientações individuais em saúde bucal que devem ser dadas aos pacientes idosos na consulta individual.

Meta 25: Garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 40% dos idosos cadastrados.

Monitoramento e Avaliação: Avaliar nas consultas o entendimento que o idoso tem sobre os cuidados consigo, inclusive com sua saúde bucal, registrando no prontuário.

Organização e Gestão do Serviço: Estabelecer junto à equipe de saúde bucal os temas e o cronograma de palestras.

Engajamento Público: Comprometer a comunidade na participação e na própria divulgação das ações coletivas em saúde bucal.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe quanto às diversas possibilidades de realização de ações coletivas, bem como sua importância e os elementos abordados.

2.3.2 Indicadores

Meta 1: Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 60%.

Indicador: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: Nº idosos cadastrados no programa.

Denominador: Nº idosos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

Meta 2: Cadastrar 60% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Numerador: Nº idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

Denominador: Nº idosos acamados ou com problema de locomoção pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3: Realizar visita domiciliar a 60% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Numerador: Nº idosos acamados/com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Nº idosos acamados/com problemas de locomoção cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 4: Rastrear 40% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.

Numerador: Nº idosos com medida da pressão arterial na última consulta.

Denominador: Nº idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5: Rastrear 40% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Nº idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

Denominador: Nº idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Meta 6: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 40% dos idosos (com elaboração de plano de tratamento).

Indicador: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Nº idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática (com elaboração de plano de tratamento).

Denominador: Nº idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 7: Fazer visita domiciliar odontológica de 40% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção.

Indicador: Proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita odontológica.

Numerador: Nº idosos da área de abrangência acamados/com dificuldade de locomoção que receberam VD odontológica.

Denominador: Nº total de idosos da área de abrangência acamados/com dificuldade de locomoção cadastrados na unidade de saúde.

Meta 8: Buscar 40% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Numerador: Nº idosos faltosos às consultas programadas buscados pela unidade de saúde.

Denominador: Nº idosos faltosos às consultas programadas.

Meta 9: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 40% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Numerador: Nº idosos com Avaliação Multidimensional Rápida.

Denominador: Nº idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 10: Realizar exame clínico apropriado em 40% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos.

Indicador: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Numerador: Nº idosos com exame clínico apropriado.

Denominador: Nº idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 11: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 40% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Numerador: Nº idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos.

Denominador: Nº idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 12: Avaliar acesso aos medicamentos prescritos em 60% dos idosos (considerar os idosos sem prescrição medicamentosa como com acesso a medicamentos).

Indicador: Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

Numerador: Nº idosos com acesso aos medicamentos prescritos.

Denominador: Nº idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 13: Avaliar alterações de mucosa em 40% dos idosos cadastrados.

Indicador: Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído.

Numerador: Nº idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com tratamento odontológico concluído.

Denominador: Nº total de idosos da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

Meta 14: Avaliar necessidade de prótese dentária em 40% dos idosos com primeira consulta odontológica.

Indicador: Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia.

Numerador: Nº idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com avaliação de alterações de mucosa.

Denominador: Nº total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

Meta 15: Concluir o tratamento odontológico em 40% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese em dia.

Numerador: Nº idosos da área de abrangência cadastrados na UBS com avaliação de necessidade de prótese.

Denominador: Nº total de idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde com primeira consulta odontológica.

Meta 16: Manter registro específico de 60% das pessoas idosas.

Indicador: Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.

Numerador: Nº de fichas-espelho com registro adequado.

Denominador: Nº idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 17: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 60% dos idosos cadastrados.

Indicador: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Numerador: Nº idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Nº idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 18: Rastrear 40% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Numerador: Nº idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Nº idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 19: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 40% das pessoas idosas.

Indicador: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Numerador: Nº idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Nº idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 20: Avaliar a rede social de 40% dos idosos.

Indicador: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Numerador: Nº idosos com avaliação de rede social.

Denominador: Nº idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 21: Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 40% dos idosos.

Indicador: Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia.

Numerador: Nº idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde com avaliação de risco em saúde bucal.

Denominador: Nº total de idosos da área de abrangência cadastrados na Unidade de Saúde com primeira consulta odontológica.

Meta 22: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 40% das pessoas idosas.

Indicador: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis.

Numerador: Nº idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Nº idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 23: Garantir orientação para a prática de atividade física regular a 40% idosos.

Indicador: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Numerador: Nº idosos com orientação para prática de atividade física regular.

Denominador: Nº idosos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 24: Garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 40% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática.

Indicador: Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.

Numerador: Nº idosos da com primeira consulta odontológica com orientação individual de cuidados de saúde bucal.

Denominador: Nº total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Meta 25: Garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 40% dos idosos cadastrados.

Indicador: Proporção de idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal.

Numerador: Nº idosos com participação em ações coletivas de educação em saúde bucal.

Denominador: Nº total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

De acordo com o material disponibilizado pelo curso, a Logística é a forma detalhada de como a intervenção será desenvolvida no âmbito da unidade de saúde. Engloba alguns elementos fundamentais, como o (1) tipo de material técnico que será utilizado para embasar a intervenção, nesse caso os Protocolos do Ministério da Saúde; (2) os registros específicos onde serão coletados os dados e as informações necessários ao estudo, podendo ser fichas ou formulários; e (3) o monitoramento, o qual será efetuado através da adoção e avaliação de indicadores específicos da ação que se desenvolverá.

O monitoramento deverá apresentar os elementos necessários que permitam uma completa coleta de dados, sendo imprescindível acrescentar ou modificar tópicos que aumentem a precisão e a veracidade dos registros. Para realizar a intervenção no programa de Saúde do Idoso será adotado o Protocolo nº 19 do Ministério da Saúde, intitulado “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa” (BRASIL, 2010). Será confeccionada uma ficha para a coleta dos dados que será anexada ao prontuário ambulatorial do paciente, uma vez que o município não dispõe de uma ficha específica para o atendimento dessa população.

A confecção da ficha obedecerá aos tópicos contidos no Protocolo nº 19 (BRASIL, 2006) e será desenvolvida pelo Médico e pela Enfermeira da equipe, os quais solicitarão a impressão de 105 cópias (quantidade de idosos cadastrados) na Central de Processamento de Dados da Secretaria Municipal de Saúde. Constarão nessa ficha dados referentes à avaliação multidimensional rápida, acrescidos de algumas importantes escalas de avaliação. A meta é atingir o equivalente a 57 idosos, ou seja, 60% da população cadastrada.

Será utilizado como base para iniciar o cadastramento da população idosa o *Livro de Registro e Acompanhamento do Idoso* existente na ESF. Os prontuários clínicos serão separados e as informações constantes nos mesmos serão transcritas para a nova ficha. As informações que não puderem ser coletadas mediante prontuário serão resgatadas na primeira consulta agendada a partir desse momento, quando serão solicitados exames de rotina e os exames complementares que se fizerem necessários e ofertadas as vacinas atrasadas, completando os registros.

Dessa forma, para viabilizar a realização do projeto as ações foram agrupadas conforme as suas características e a similaridade de intervenção, como mostrado a seguir:

No eixo **Organização e Gestão do Serviço** foram determinadas as seguintes ações:

1. Acolher os idosos. Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde. Atualizar as informações do SIAB. Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa. Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção. Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde. Organizar a agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento odontológico. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

As mesmas seriam de responsabilidade de toda a equipe de Saúde da Família e ocorreriam na própria Unidade de Saúde, no seu horário de funcionamento, capacitando a equipe sobre como se dá o acolhimento e promovendo um ambiente realmente convidativo e alegre, de forma que o cliente sintasse à vontade para ir a esse local. Para isso será providenciado o material técnico sobre Acolhimento, HAS e DM; material gráfico para registro no SIAB; ficha de cadastramento do idoso; ficha de visita domiciliar; tensiômetro; glicosímetro.

2. Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos. Oferecer atendimento prioritário aos idosos. Priorizar o atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade. Priorizar o atendimento aos idosos fragilizados na velhice. Priorizar atendimento de idosos de alto risco.

O Enfermeiro e o Cirurgião-dentista ficarão como profissionais de referência nesse processo. E as atividades ocorrerão na ESF, destinando um turno semanal para organização e avaliação do funcionamento efetivo do agendamento das consultas. Para isso será providenciado: ficha de consulta odontológica; materiais e equipamentos odontológicos que garantam a realização dos procedimentos em saúde bucal.

3. Organizar as visitas domiciliares para monitoramento das condições de saúde bucal e atendimento clínico odontológico. Organizar a agenda para viabilizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares. Garantir a disponibilidade de equipamentos e materiais para viabilizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares. Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares. Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado. Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente.

Ficarão como profissionais de referência o Enfermeiro; Cirurgião-dentista e os Agentes Comunitários de Saúde. E será Destinado um turno semanal para realizar a busca ativa dos faltosos no âmbito da área adstrita da ESF. Será disponibilizado um veículo para realizar a busca ativa aos faltosos dos locais mais distantes e que garanta a locomoção dos que se encontrarem impossibilitados de se locomoverem; fichas de visita domiciliar; materiais e equipamentos odontológicos que garantam a realização no domicílio dos procedimentos em saúde bucal.

4. Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos. Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos. Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular. Garantir a referência e contrarreferência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades. Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados. Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para a realização de atividade física.

Por essas ações o Enfermeiro; Médico; Núcleo de Assistência à Saúde da Família ficarão responsáveis, como profissionais de referência. Para isso será destinado um turno semanal na própria ESF para capacitar a equipe e definir atribuições, oferecendo oportunidade para discussões e questionamentos. Assim, será providenciada uma capacitação da equipe para o exame clínico, prática de

exercícios físicos e hábitos nutricionais; ficha de Avaliação Multidimensional Rápida, referência e contrarreferência e solicitação de exames complementares.

5. Garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico. Garantir junto ao gestor o oferecimento de serviços diagnósticos e de referência para restabelecimento da saúde bucal. Demandar adequação no consultório dentário para realização da etapa clínica das próteses. Solicitar materiais e equipamentos para confecção e manutenção das próteses dentárias na unidade de saúde.

Ficarão responsáveis o Enfermeiro; Cirurgião-dentista; Técnico em Enfermagem; Agente Comunitário de Saúde. Para isso será solicitada uma audiência com o Gestor Municipal para explicitar as atividades desenvolvidas e a importância da parceria e da oferta adequada do serviço de saúde bucal. E serão providenciados materiais e equipamentos para o atendimento odontológico, a fim de garantir a realização dos procedimentos necessários no serviço de referência protética.

6. Disponibilizar material informativo relativo ao autoexame da boca. Organizar temas de interesse para os idosos cadastrados no programa de saúde bucal; Elaborar e programar uma sequência de palestras para divulgação. Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Ficarão de responsáveis o Enfermeiro; Cirurgião-dentista; Agente Comunitário de Saúde e será organizado de forma quinzenal, organizando salas de espera na própria ESF onde serão apresentados temas de importância na saúde bucal. Para isso será providenciado Caderneta de Saúde do Idoso; material educativo sobre saúde bucal.

7. Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Toda a equipe de Saúde da Família ficará responsável e as atividades ocorrerão no âmbito da ESF, diariamente, a cada dispensação de medicamento. Para isso será providenciado: ficha de controle de estoque; ficha de dispensação de medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes, confecção de um sistema de registro de informações de acompanhamento do idoso.

8. Organizar ações conjuntas em campanhas de vacinação para captar idosos da área não avaliados.

O Enfermeiro; Técnico em Enfermagem; Agente Comunitário de Saúde ficarão responsáveis por organizar as ações de intensificação vacinal no âmbito da ESF e/ou no ambiente escolar, oferecendo as vacinas adequadas e indispensáveis ao idoso. Para isso será providenciado os: imunobiológicos (Febre Amarela, Tétano, Influenza); Cartões de Vacina do adulto.

9. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos; Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento dos registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

As mesmas ocorrerão no âmbito da ESF, semanalmente, um responsável escolhido pela equipe verificará as informações na planilha para fazer o levantamento das ações não realizadas. Para isso será necessário confeccionar a planilha de registro e acompanhamento do idoso; criar um sistema de alerta para a não realização dos procedimentos preconizados.

No eixo **Engajamento Público**, serão providenciadas as seguintes ações:

1. Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares. Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Toda a equipe da ESF ficará responsável pela organização das atividades nas salas de espera, durante as consultas, nas visitas domiciliares o Programa deve ser divulgado e oferecido. Se houver disponibilidade de um meio de comunicação local ou de alcance pela comunidade, divulgar. Colocar cartazes informativos anunciando em locais estratégicos e no próprio ambiente da ESF. Dessa forma será providenciado cartazes, panfletos, anúncio em rádio local.

2. Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar. Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para os

idosos acamados ou com problemas de locomoção. Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Sensibilizar a população sobre a necessidade e o critério de hierarquização dos atendimentos em função da oferta dos serviços. Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, se necessário. Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção. Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde. Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

O Enfermeiro da equipe ficará de referência para organizar um ciclo de palestras na comunidade ou salas de espera para divulgar as informações e o próprio material, disponibilizando uma cópia para cada usuário e deixando disponível na ESF cópia desses documentos. Para isso deverá ser providenciado o Estatuto do Idoso, Carta de Direito dos Usuários, Manual Técnico Acolhimento e Saúde da Pessoa Idosa.

3. Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica. Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM. Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco. Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

A Enfermeira e o Médico da equipe ficarão como profissionais de referência para organizar palestras mensais na comunidade para divulgar e esclarecer quanto aos fatores de risco para HAS e DM e sobre a fragilização e seus riscos, incentivando as consultas periódicas e a importância do acompanhamento regular. Organizar ações de intensificação do rastreamento para HAS e DM. Será necessário

que se tenha um ambiente propício para a divulgação; material audiovisual; vídeos; glicosímetro e tensiômetro.

4. Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais. Esclarecer idosos, familiares e cuidadores sobre a importância da saúde bucal em idosos em cuidados domiciliares. Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias. Esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento odontológico. Esclarecer a população sobre fatores de risco e a importância do autoexame da boca. Esclarecer a população sobre a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde (cirurgião-dentista) durante a consulta. Esclarecer a população sobre o uso e manutenção de próteses dentárias. Orientar a comunidade, famílias com idosos e idosos sobre os fatores de risco para saúde bucal e suas consequências.

O Enfermeiro e o Cirurgião-dentista ficarão de referência para organização dessas atividades. Podem organizar palestras mensais na comunidade para divulgar e esclarecer quanto à importância da manutenção da saúde bucal e dos principais agravos que podem acometer a cavidade oral. Para isso um material didático audiovisual (próteses, cartazes, kit de higiene bucal) deve ser providenciado.

5. Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico. Ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos). Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. Compartilhar com os pacientes as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social. Informar a população sobre a importância da participação nas atividades educativas. Identificar junto à população temas de interesse a serem abordados nas palestras.

O Enfermeiro, o Conselho Local de Saúde e os Gestores Municipais (Prefeito e Secretário de Saúde) deverão ficar corresponsáveis por essas ações, organizando conferência mensal na/com a comunidade para discussão dos temas

levantados. Para isso, será necessário o agendamento junto ao Prefeito Municipal e ao Secretário de Saúde. Livro ata.

6. Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis. Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular. Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

O Enfermeiro. Médico. Equipe do NASF deverão ficar como profissionais de referência para organizar evento na comunidade para abordagem dos temas e orientações práticas quanto ao exercício físico e hábitos alimentares saudáveis. Para isso será realizado um agendamento com o NASF. Material para demonstrar a prática de atividade física. Material didático com informações sobre alimentação.

No eixo **Qualificação da Prática Clínica** serão desenvolvidas as seguintes ações:

1. Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos. Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço. Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização. Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência. Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar. Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo. Capacitar os ACS para captação de idosos. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.

O Enfermeiro ficará de referência para agendar uma reunião semanal com a equipe no âmbito da ESF para apresentação e discussão da Política Nacional de Humanização. Apresentar a ficha de cadastramento do idoso e as orientações para aferição da pressão arterial e realização a glicemia capilar. Apresentar os

parâmetros para definição dos níveis pressóricos normais e alterados, bem como os níveis glicêmicos. Definir os casos que são considerados impeditivos de locomoção. Para isso será providenciado o material técnico disponível sob a forma de protocolos para Humanização, HAS e DM. Ficha de cadastramento do idoso.

2. Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico. Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos. Capacitar a equipe para esclarecer a comunidade sobre a importância do atendimento em saúde bucal de idosos em cuidados domiciliares. Capacitar os ACS para a realização de buscas de idosos em cuidados domiciliares. Qualificar a equipe para realizar procedimentos clínicos odontológicos nos domicílios. Capacitar familiares e cuidadores para favorecer ou realizar a higiene bucal de idosos em cuidados domiciliares. Treinar a equipe para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais em idosos, como: alterações de mucosa, edentulismo, doenças periodontais, hipossalivação e cárie de raiz. Capacitar a equipe de saúde a monitorar a adesão dos idosos ao tratamento odontológico. Capacitar a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa. Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias. Capacitar a equipe de saúde bucal para a execução da etapa clínica da confecção e para a manutenção de próteses na unidade de saúde. Capacitar os profissionais para a identificação de fatores de risco para saúde bucal. Capacitar a equipe para elaborar e realizar ações coletivas de educação em saúde bucal. Capacitar a equipe de saúde bucal para selecionar os casos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência e para tratar os casos de menor complexidade/alta prevalência. Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Toda a equipe da ESF ficará de referência para agendar uma reunião mensal no âmbito da ESF para discussão dos parâmetros de saúde bucal, abordando a primeira consulta odontológica, higiene bucal e fatores de risco, cuidados domiciliares, alterações bucais, uso de próteses e necessidade de encaminhamento. Precisar ser providenciada uma ficha de cadastramento do idoso. Livro para agendamento das consultas odontológicas. Protocolos de saúde bucal.

3. Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Definir com a equipe a periodicidade das consultas. Capacitar

os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS. Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida. Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas. Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Toda a equipe da ESF ficará de referência para agendar uma reunião mensal no âmbito da ESF para orientar a equipe quanto ao comparecimento periódico do idoso às consultas. Apresentar a Avaliação Multidimensional Rápida e orientar quanto às atribuições específicas de cada membro da equipe, inclusive no preenchimento adequado dos impressos utilizados. Será necessário providenciar o Protocolo “Acolhimento e Saúde da Pessoa Idosa” e impressos específicos.

4. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia. Capacitar os profissionais para o manejo dos pacientes idosos. Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos. Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa. Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa. Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Toda a equipe da ESF ficará responsável para agendar uma reunião com a equipe no âmbito da ESF para conhecer os medicamentos disponibilizados pela Assistência Farmacêutica. Apresentar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e a ficha de acompanhamento do idoso. Discutir os fatores de risco e os indicadores de fragilização para o idoso. Será necessário providenciar material técnico com informações sobre medicamentos (Dicionário de Especialidades Farmacêuticas, RENAME), Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, ficha de cadastramento do idoso, Protocolo “Acolhimento e Saúde da Pessoa Idosa”.

5. Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos. Identificar temas favoráveis para desenvolvimento de orientações multiprofissionais. Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular. Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a

população brasileira". Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Para essas ações toda a equipe da ESF; Psicólogo, Nutricionista e Educador Físico do NASF ficará de referência. Deverão agendar reunião mensal com a equipe da ESF e do NASF no âmbito da ESF para discutir temas como alimentação saudável e atividade física e ajudar ambas as equipes na identificação e intervenção de casos de isolamento social ou rede social deficiente. Para isso será providenciado material técnico disponibilizado pelo Ministério da Saúde ou outro de fonte confiável/autor consagrado.

No eixo **Monitoramento e Avaliação** serão providenciadas as seguintes ações:

1. Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na ESF mensalmente. Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados. Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção. Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS pelo menos anualmente. Monitorar o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, pelo menos anualmente. Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição. Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular. Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Ficarão responsáveis por essas ações o Enfermeiro; Agente Comunitário de Saúde. Técnico em Enfermagem. Para isso, organizarão um turno semanal no âmbito da ESF realizar atividade de monitoramento utilizando uma ficha de acompanhamento e o prontuário clínico do idoso, verificando a assiduidade das consultas e a realização de exames e atividade física. Para isso será necessário um instrumento de monitoramento/acompanhamento do comparecimento do idoso à consulta.

2. Monitorar o número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período. Monitorar a cobertura de atendimento odontológico de idosos em cuidados domiciliares na área de abrangência da unidade de saúde. Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas

previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde. Monitorar as atividades coletivas de educação em saúde bucal para idosos cadastrados. Monitorar a proporção dos idosos que acessam o serviço odontológico que tem o tratamento odontológico concluído. Avaliar a proporção de atendimentos necessários para atender a demanda de idosos que acessam o serviço odontológico. Monitorar a prevalência de alterações de mucosa no grupo de idosos. Identificar as alterações de mucosa orais mais prevalentes nos idosos. Estimar a demanda para consultas no serviço de referência de diagnóstico bucal. Monitorar o número de idosos com necessidade de prótese. Avaliar a necessidade de substituição de próteses. Avaliar os tipos de próteses necessárias.

O Enfermeiro e o Cirurgião-dentista ficarão responsáveis no âmbito da ESF realizar monitoramento semanal em ficha própria do atendimento em saúde bucal, contemplando todos os parâmetros preconizados no Protocolo. Será necessário providenciar ficha específica para monitoramento da saúde bucal.

3. Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anualmente em todos os idosos acompanhados pela unidade de saúde. Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde. Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência. Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice. Monitorar periodicamente os idosos de alto risco identificados na área de abrangência. Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS; Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Toda a equipe da ESF ficou responsável pelas atividades acima no âmbito da ESF realizar atividade de monitoramento semanal, utilizando o prontuário clínico e a ficha de acompanhamento dos idosos. Será necessária a elaboração da ficha de acompanhamento do idoso; Protocolo “Acolhimento e Saúde da Pessoa Idosa”. Capacitar a equipe quanto à Avaliação Multidimensional Rápida, indicadores de fragilização e fatores de risco.

4. Monitorar as atividades educativas individuais. Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos. Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos. Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia.

O Enfermeiro da equipe ficará de referência por essas ações, e semanalmente, utilizando o prontuário clínico, o livro de educação continuada e a ficha de acompanhamento do idoso serão avaliados a realização de atividades educativas, a orientação nutricional e o acesso aos medicamentos da rede. Será necessário o desenvolvimento de uma ficha de acompanhamento do idoso, e do livro de educação continuada, assim como materiais referentes ao Protocolo “Acolhimento e Saúde da Pessoa Idosa”, especificamente os "Dez passos para uma alimentação saudável".

5. Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde; Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

O Enfermeiro da equipe de saúde durante um turno semanalmente, na própria ESF, realizar monitoramento utilizando todas as fichas e impressos onde estão sendo registradas as atividades e consultas com o idoso. Será necessário providenciar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; fichas de acompanhamento do idoso; prontuário clínico do idoso.

idosos.																
Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.		X														
Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico. Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos. Capacitar a equipe para esclarecer a comunidade sobre a importância do atendimento em saúde bucal de idosos em cuidados domiciliares. Capacitar os ACS para a realização de buscas de idosos em cuidados domiciliares. Qualificar a equipe para realizar procedimentos clínicos odontológicos nos domicílios. Capacitar familiares e cuidadores para favorecer ou realizar a higiene bucal de idosos em cuidados domiciliares. Capacitar a equipe de saúde a monitorar a adesão dos idosos ao tratamento odontológico. Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias. Capacitar a equipe de saúde bucal para a execução da etapa clínica da confecção e para a manutenção de próteses na unidade de saúde. Capacitar a equipe para elaborar e realizar ações coletivas de educação em saúde bucal. Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.					X	X	X	X								
Treinar a equipe para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais em idosos, como: alterações de mucosa, edentulismo, doenças periodontais, hipossalivação e cárie de raiz. Capacitar a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa. Capacitar os profissionais para a identificação de fatores de risco para saúde bucal. Capacitar a equipe de saúde bucal para selecionar os casos com necessidade de							X	X								

[illegible]

complementares. Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.																
Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar. Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para os idosos acamados ou com problemas de locomoção. Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Sensibilizar a população sobre a necessidade e o critério de hierarquização dos atendimentos em função da oferta dos serviços. Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, se necessário. Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção. Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde. Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.		X		X												
Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM. Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco. Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.	X				X				X							
Informar a comunidade sobre atendimento odontológico	X				X				X							

prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais. Esclarecer idosos, familiares e cuidadores sobre a importância da saúde bucal em idosos em cuidados domiciliares. Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias. Esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento odontológico. Esclarecer a população sobre fatores de risco e a importância do autoexame da boca. Esclarecer a população sobre a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde (cirurgião-dentista) durante a consulta. Esclarecer a população sobre o uso e manutenção de próteses dentárias. Orientar a comunidade, famílias com idosos e idosos sobre os fatores de risco para saúde bucal e suas consequências.																
Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico. Ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos). Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. Compartilhar com os pacientes as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social. Informar a população sobre a importância da participação nas atividades educativas. Identificar junto à população temas de interesse a serem abordados nas palestras.	X				X				X							
Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis. Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular. Orientar os pacientes e a comunidade	X				X				X							

3 Relatório da Intervenção

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente

Final de um ciclo. Tarefas realizadas. Missão cumprida. Fim de uma etapa e início de outra. Foram essas algumas das frases que a equipe de Saúde da Família do Povoado de Lagoa Nova utilizou para demonstrar sentimentos idênticos com relação ao início da implementação da ação estratégica que levará mais carinho e saúde aos idosos locais. Na última semana da coleta de dados reunimo-nos para discutir e verificar o que mais poderíamos fazer para captar um número maior de idosos que viesse a compor o trabalho a ser apresentado em breve.

Entretanto, não foi possível muito mais do que o que já havia sido feito até então. Tivemos que nos conformar com os dados obtidos naquela última semana, dentro do prazo proposto pela Coordenação do curso. A equipe precisou deixar de lado algumas ações previstas no Projeto que, por motivos diversos, não puderam ser concretizados. Por outro lado, de uma forma geral, as ações previstas foram realizadas satisfatoriamente. As ações que puderam ser realizadas foram divididas em dois grupos, ou seja, as que foram plenamente ou parcialmente cumpridas.

Dentre as ações plenamente cumpridas foram agrupadas aquelas que já eram rotina na unidade e que foram apenas agregadas à ação estratégica implantada. As ações relacionadas às orientações foram prestadas individualmente, inclusive no domicílio durante as visitas domiciliares. Estão nesse grupo os seguintes itens:

1. Acolher os idosos.
2. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.
3. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial.
4. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.
5. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste.

6. Atualizar as informações do SIAB.
7. Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.
8. Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.
9. Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.
10. Organizar a agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento odontológico.
11. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.
12. Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.
13. Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.
14. Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.
15. Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.
16. Oferecer atendimento prioritário aos idosos.
17. Priorizar o atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade.
18. Priorizar o atendimento aos idosos fragilizados na velhice.
19. Priorizar atendimento de idosos de alto risco.
20. Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.
21. Facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente.
22. Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos.
23. Garantir a referência e contrarreferência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.
24. Garantir a solicitação dos exames complementares.
25. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
26. Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para a realização de atividade física.

27. Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.
28. Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.
29. Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.
30. Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.
31. Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.
32. Garantir junto ao gestor o oferecimento de serviços diagnósticos e de referência para restabelecimento da saúde bucal.
33. Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.
34. Disponibilizar material informativo relativo ao autoexame da boca.
35. Organizar tempo médio de consultas.
36. Realizar controle de estoque de medicamentos.
37. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos.
38. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.
39. Pactuar com a equipe o registro das informações.
40. Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
41. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.
42. Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.
43. Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento.
44. Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.
45. Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e

acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

46. Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.
47. Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.
48. Capacitar os ACS para captação de idosos.
49. Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial.
50. Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos.
51. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.
52. Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.
53. Capacitar a equipe para esclarecer a comunidade sobre a importância do atendimento em saúde bucal de idosos em cuidados domiciliares.
54. Capacitar os ACS para a realização de buscas de idosos em cuidados domiciliares.
55. Capacitar familiares e cuidadores para favorecer ou realizar a higiene bucal de idosos em cuidados domiciliares.
56. Capacitar a equipe de saúde a monitorar a adesão dos idosos ao tratamento odontológico. Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a importância do uso das próteses dentárias.
57. Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.
58. Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.
59. Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis.
60. Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.
61. Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
62. Definir com a equipe a periodicidade das consultas.
63. Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado.
64. Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida.

65. Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos mais complexos.
66. Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
67. Capacitar a equipe para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
68. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado para solicitação de exames complementares.
69. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia.
70. Capacitar os profissionais para o manejo dos pacientes idosos.
71. Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.
72. Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.
73. Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.
74. Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.
75. Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.
76. Identificar temas favoráveis para desenvolvimento de orientações multiprofissionais.
77. Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na ESF mensalmente.
78. Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.
79. Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.
80. Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS.
81. Monitorar o número de idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM.
82. Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.
83. Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.
84. Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados.

85. Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.
86. Monitorar o número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.
87. Monitorar a cobertura de atendimento odontológico de idosos em cuidados domiciliares na área de abrangência da unidade de saúde.
88. Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.
89. Monitorar as atividades coletivas de educação em saúde bucal para idosos cadastrados.
90. Monitorar a proporção dos idosos que acessam o serviço odontológico que tem o tratamento odontológico concluído.
91. Avaliar a proporção de atendimentos necessários para atender a demanda de idosos que acessam o serviço odontológico.
92. Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anualmente em todos os idosos acompanhados pela unidade de saúde.
93. Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados.
94. Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade.
95. Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.
96. Monitorar periodicamente os idosos de alto risco identificados na área de abrangência.
97. Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS.
98. Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.
99. Monitorar as atividades educativas individuais.
100. Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.
101. Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.
102. Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia.
103. Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados.
104. Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

105. Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.
106. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.
107. Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
108. Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
109. Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
110. Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.
111. Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para os idosos acamados ou com problemas de locomoção.
112. Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
113. Sensibilizar a população sobre a necessidade e o critério de hierarquização dos atendimentos em função da oferta dos serviços.
114. Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, se necessário.
115. Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.
116. Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.
117. Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa e do estabelecimento de redes sociais de apoio.
118. Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.
119. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

120. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.
121. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.
122. Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.
123. Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.
124. Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos.
125. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.
126. Esclarecer idosos, familiares e cuidadores sobre a importância da saúde bucal em idosos em cuidados domiciliares.
127. Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.
128. Esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento odontológico.
129. Esclarecer a população sobre fatores de risco e a importância do autoexame da boca.
130. Esclarecer a população sobre a importância do exame de mucosa pelo profissional de saúde (cirurgião-dentista) durante a consulta.
131. Esclarecer a população sobre o uso e manutenção de próteses dentárias.
132. Orientar a comunidade, famílias com idosos e idosos sobre os fatores de risco para saúde bucal e suas consequências.
133. Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.
134. Ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento.
135. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos.
136. Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

137. Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.
138. Compartilhar com os pacientes as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.
139. Informar a população sobre a importância da participação nas atividades educativas.
140. Identificar junto à população temas de interesse a serem abordados nas palestras.
141. Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.
142. Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.
143. Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas.

No grupo das ações parcialmente executadas foram colocadas aquelas que, por falta de condições na aquisição de material ou por déficit estrutural na unidade, não puderam ser executadas. Nesse período, a equipe enfrentou diversas dificuldades como demissões no seu quadro de funcionários, atrasos salariais, falha no abastecimento de água e falta de equipamento para esterilização (autoclave), dificultando e/ou impedindo a realização de algumas dessas atividades.

1. Cadastrar todos os idosos da área de cobertura.
2. Organizar as visitas domiciliares para monitoramento das condições de saúde bucal e atendimento clínico odontológico.
3. Organizar a agenda para viabilizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares.
4. Garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico.
5. Demandar adequação no consultório dentário para realização da etapa clínica das próteses.
6. Solicitar materiais e equipamentos para confecção e manutenção das próteses dentárias na unidade de saúde.

7. Organizar temas de interesse para os idosos cadastrados no programa de saúde bucal. Elaborar e programar uma sequência de palestras para divulgação.
8. Treinar a equipe para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais em idosos.
9. Capacitar a equipe de saúde para identificar alterações de mucosa.
10. Capacitar os profissionais para a identificação de fatores de risco para saúde bucal.
11. Capacitar a equipe de saúde bucal para selecionar os casos com necessidade de encaminhamento para serviços de referência.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

O terceiro grupo surgiu a partir da recente implantação da ESF e do próprio serviço de saúde bucal, uma vez que muitos equipamentos e materiais não haviam sido, ainda, adquiridos, além das dificuldades relacionadas ao processo licitatório. Em contrapartida, o profissional de saúde bucal não se engajou nas tarefas relacionadas à implantação das ações, ausentando-se a maior parte do tempo da unidade. Esse é o grupo das ações não executadas, que contou com os seguintes itens:

1. Garantir a disponibilidade de equipamentos e materiais para viabilizar procedimentos clínicos odontológicos domiciliares.
2. Organizar ações conjuntas em campanhas de vacinação para captar idosos da área não avaliados.
3. Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.
4. Qualificar a equipe para realizar procedimentos clínicos odontológicos nos domicílios.
5. Capacitar a equipe de saúde bucal para a execução da etapa clínica da confecção e para a manutenção de próteses na unidade de saúde.
6. Capacitar a equipe para elaborar e realizar ações coletivas de educação em saúde bucal.

7. Monitorar a prevalência de alterações de mucosa no grupo de idosos.
8. Identificar as alterações de mucosa oral mais prevalentes nos idosos.
9. Estimar a demanda para consultas no serviço de referência de diagnóstico bucal.
10. Monitorar o número de idosos com necessidade de prótese.
11. Avaliar a necessidade de substituição de próteses.
12. Avaliar os tipos de próteses necessárias.

Em relação às dificuldades encontradas na coleta de dados, o maior entrave esteve relacionado ao não comparecimento dos idosos à consulta, fazendo com que a equipe perdesse muito tempo aguardando a chegada do idoso na unidade. Ao fim da intervenção, a equipe optou por realizar visitas domiciliares de todos os idosos que faltava cadastrar.

A pouca contribuição da cirurgiã-dentista foi um fato marcante, como tem sido até os dias atuais. Ela não dispunha de material e equipamento adequado, como anestésico, para trabalhar. Mas não se dispôs a realizar outras atividades inerentes à sua profissão, como visitas domiciliares. Antes, decidiu que não iria mais à unidade até que o problema fosse resolvido. A equipe observa resistência nessa profissional em trabalhar em equipe.

Em contrapartida, os idosos não deixaram de ser orientados quanto aos problemas de saúde bucal, sendo avaliada a situação da mucosa, a higiene dentária, a necessidade do uso de prótese, as dificuldades na mastigação com modificação da dieta, dentre outros. Esses assuntos iam sendo tratados por toda a equipe desde a triagem até as consultas e nas visitas domiciliares, e, na maioria das vezes, os pacientes insinuavam já saber da necessidade do tratamento. Muitos deles haviam iniciado o tratamento no Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, sendo encaminhados à unidade de origem, uma vez que lá já havia serviço odontológico instalado.

Com a implantação de uma Estratégia de Saúde da Família no Povoado há poucos anos, a população idosa local parece não estar habituada ao uso dos serviços disponíveis e reluta em muitas ocasiões em comparecer para quaisquer consultas. Outro ponto a destacar, e que parece estar contribuindo para manter em baixos níveis o atendimento, é que, habitualmente, o paciente adoecido procurava

atendimento hospitalar por ser um serviço mais disponível e resolutivo àquela época. O hábito permaneceu e lentamente vem sendo modificado na consciência das pessoas, embora muito ainda se observe resistência.

Outro fator que também contribui para a baixa demanda é a cultura de rezadores e de raizeiros, os quais prometem tratar qualquer tipo de doença. Como a clientela a ser atingida, nesse caso, é composta por lavradores e donos de pequenas tarefas de terra, a maioria crê no potencial de cura desses personagens. Há que se mencionar, ainda, que a maioria dos idosos que não procura o serviço de saúde são homens, revelando outro viés importante dentro da comunidade: trabalhar as políticas públicas para a população masculina, seja ela de que faixa etária for.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.

No âmbito do fechamento das planilhas, a dificuldade mostrou-se na inserção dos dados, o que gerou números discrepantes. Após o primeiro diálogo com a Orientadora, foi possível corrigir e compreender o que estava sendo solicitado. Todas as planilhas foram avaliadas individualmente para que fosse constatada sua autenticidade.

No quesito facilidades o ponto mais importante e favorável na coleta de dados foi a postura da equipe e dos familiares. A equipe se comportou profissionalmente até mesmo nos momentos iniciais da coleta, sempre compartilhando suas dúvidas e solicitando orientações. Ao se sentir engajada no projeto e preparada para atuar, as dificuldades dissiparam-se e todos os procedimentos foram realizados a contento.

Tomou-se como rotina o cadastramento dos idosos no Sistema de Vigilância Nutricional. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família foi pouco atuante devido às próprias dificuldades que vem enfrentando, como a pouca credibilidade, baixa resolutividade, a mudança de sede e a chegada de uma segunda equipe. Lançou-se mão de um programa de rádio local mantido gratuitamente pelo Médico da equipe há vários anos para poder orientar os pacientes idosos quanto a diversos assuntos

relacionados à saúde, uma vez que sua audiência é mantida em grande parte por homens do campo e donas de casa.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.

Finalmente, na análise da viabilidade da incorporação das ações na rotina do serviço, isso não só foi feito e analisado como totalmente viável, como já foi incorporado no serviço. No primeiro dia pós coleta de dados a rotina na unidade seguiu como de costume, com os idosos sendo encaminhados ao serviço e outros sendo captados para a visita domiciliar. A documentação tem sido solicitada para complementar o cadastro na ficha ambulatorial e o Cartão de Imunização avaliado oportunamente.

A incorporação plena e efetiva dessa ação programática depende, ainda, de algumas adequações que a equipe precisa estabelecer, principalmente no que diz respeito ao calendário de consultas e ao comparecimento do usuário para o cadastramento, quando deve apresentar-se portando todos os documentos. Questões relacionadas à guarda de documentos, como caderneta de imunização e resultados de exames, devem ser trabalhadas incansavelmente.

Em relação à participação da comunidade não houve resistência, ao contrário, as famílias cooperaram bastante, muitas vezes conduzindo o idoso até a unidade de saúde ou solicitando que a equipe fosse ao domicílio. E já no domicílio, por ocasião das visitas, a família participou ativamente da consulta, ajudando a revelar detalhes esquecidos ou negados. Faz parte dos planos da equipe criar um grupo de idosos para que possam ser explorados todos os pormenores relacionados a um envelhecimento saudável.

O povoado não conta ainda com a existência de um Conselho Local de Saúde, embora uma reunião tenha sido agendada e realizada em 2013 para estabelecer os critérios da sua implantação. O engajamento público ocorreu principalmente a nível individual, mas de forma efetiva, contribuindo sobremaneira com a equipe. A participação de um Conselho de Saúde é uma força inestimável

capaz de explorar o potencial da unidade de saúde em benefício dos seus usuários idosos.

Talvez mais importante do que o cadastramento é manter o acompanhamento periódico. Idosos que não comparecem na data prevista podem estar doentes no domicílio, hospitalizados ou mesmo impossibilitados de deslocar-se até a unidade, sem excetuar o desinteresse pela consulta. Portanto, a vigilância desses casos aliada à busca ativa em tempo hábil impediria a instalação de quadros agudos difíceis de reverter.

Após essa incrível experiência de implantar um serviço que traz o cuidado integral com uma população tão vulnerável e pouco assistida, sendo ela mesma resistente aos cuidados e orientações ofertados pela equipe, pode-se perceber que existe uma grande possibilidade de acesso ao idoso quando suas percepções são respeitadas, quando o seu contexto familiar, social e cultural é compreendido, preservado e considerado.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção realizada tratou da melhoria do Programa de Saúde do Idoso na Estratégia de Saúde da Família de Lagoa Nova. Essa ESF possui uma extensa área de abrangência totalizando 608 Km² agregando 2.070 habitantes. Entretanto, pouco menos da metade dessa população (1.045 pessoas) é efetivamente assistida, com apenas três Povoados próximos possuindo Agentes Comunitários de Saúde, o que favorece o contato com a equipe e facilita o acesso desses usuários ao serviço.

A apresentação dos dados obtidos foi feita com base na avaliação das metas referentes a cada um dos objetivos propostos e representados através de figuras como segue abaixo.

Objetivo1: Ampliar a cobertura de acompanhamento de idosos.

Meta 1: Ampliar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde para 60%.

A estimativa de idosos na área de abrangência da UBS é de 207 (considerando-se 10% da população total). Após o levantamento da população idosa existente nas três micro áreas, foram identificados 94 idosos dentro de um universo de 1.045 habitantes com assistência dos ACS. No primeiro mês foi possível atender e cadastrar no Programa 21 desses idosos, ou seja, 22,3%.

No mês seguinte, mais 17 idosos foram cadastrados, somando 38 (40,4%). No terceiro mês, houve um total de 59 idosos (62,8%), pois mais 21 deles foram atendidos. Ao fim do quarto mês de coleta de dados, 18 idosos foram captados e atendidos, totalizando 77 idosos acompanhados (81,9%), ultrapassando, assim, a meta estipulada, que era de 60%.

No entanto, após realizar uma autocrítica com base na Análise Estratégica produzida no início do curso ficou evidente que essa meta inicial de cobertura deveria estar mais próxima de 100%, considerando-se a universalidade do cuidado aos idosos da nossa responsabilidade sanitária, o qual significa, justamente, a extensão da cobertura do serviço.

Observa-se na Figura 1 um aumento gradativo na cobertura do programa ao longo dos quatro meses. O resultado alcançado deve-se a fatores como o bom relacionamento da comunidade com a equipe, a divulgação da implantação da ação, ao planejamento e discussão de todas as etapas da coleta de dados e à estrutura física, de material e pessoal pré-existente que facilitou o início do atendimento dos idosos.

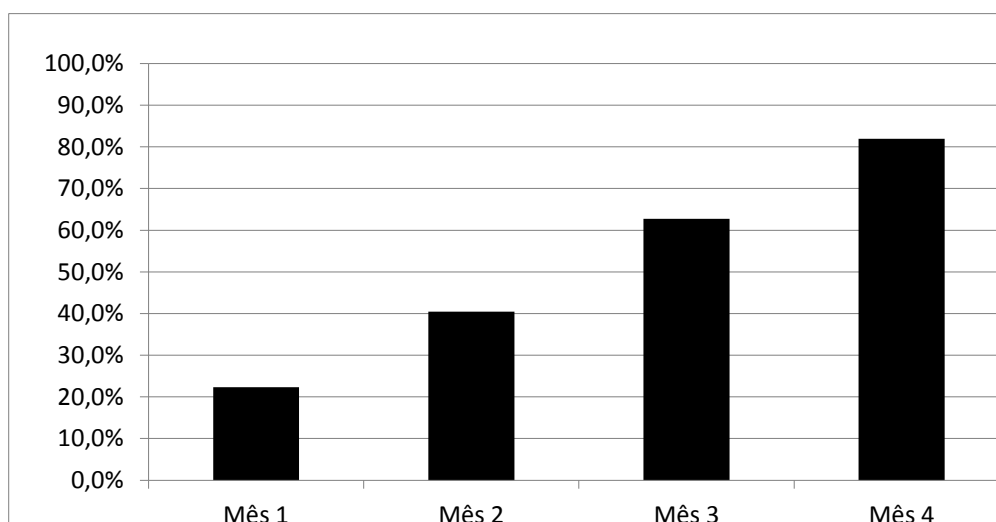


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na Estratégia de Saúde da Família de Lagoa Nova, Morro do Chapéu / BA.

Meta 2: Cadastrar 60% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

No cálculo do número de idosos acamados ou com problemas de locomoção a estimativa apresentada foi de 17 idosos. Entretanto, haviam efetivamente 04 idosos (24,2 %), os quais foram cadastrados no primeiro mês. A Figura 2 exibida abaixo mostra um valor constante nos quatro meses de coleta de dados e isso ocorreu porque os 04 idosos acamados tiveram suas visitas domiciliares executadas no primeiro mês da intervenção, garantindo, assim, a prioridade na assistência aos mesmos devido à complicação de seus quadros clínicos.

A estimativa, que diverge da realidade encontrada, interferiu sobremaneira no resultado final obtido, o qual demonstra que a meta de 60% não foi atingida. O facilitador da execução dessa meta foi o baixo número de idosos acamados/com

problemas de locomoção para cadastrar e o agendamento prévio da visita, que já era realizada pela equipe rotineiramente.

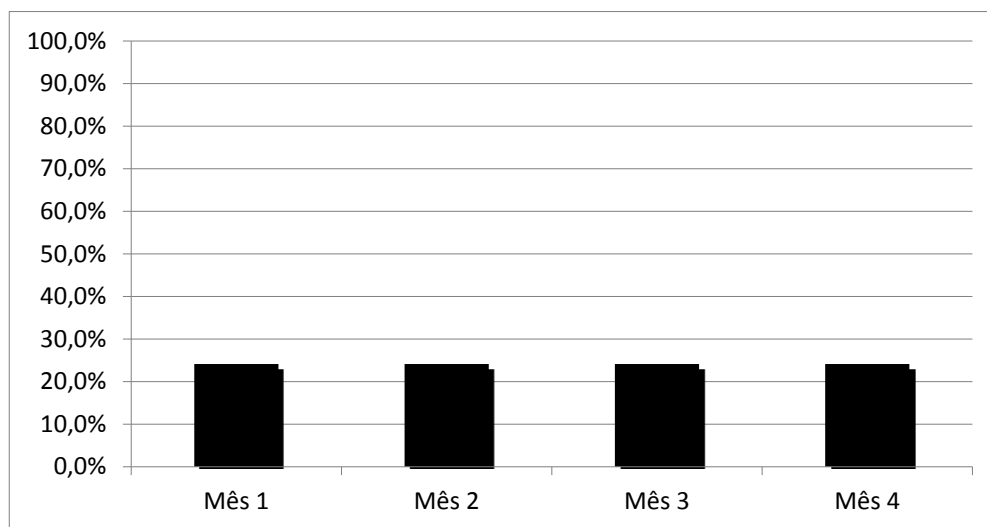


Figura 2: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na ESF de Lagoa Nova, Morro do Chapéu / BA.

Meta 3: Realizar visita domiciliar a 60% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

O terceiro indicador, número de idosos acamados/com problemas de locomoção que receberam visita domiciliar, gerou um gráfico com colunas similares nos quatro meses de coleta de dados (Figura 3). Dos 04 idosos existentes, 03 são acamados e receberam visita domiciliar (75%), enquanto o quarto idoso, que tem problemas de locomoção, mas não é acamado, compareceu à ESF. Devido à falha no registro dos dados, apenas as visitas do primeiro mês de coleta foram computadas.

Apesar dos resultados alcançados, é notório que essa meta inicial poderia ter sido 100%. A avaliação desse resultado demonstra um prejuízo no atendimento ao grupo de pessoas acamadas ou com dificuldades para a locomoção, levando-se em conta que a proposta dos serviços públicos de saúde atualmente é a transposição das barreiras, inclusive físicas, tornando o serviço acessível a todos.

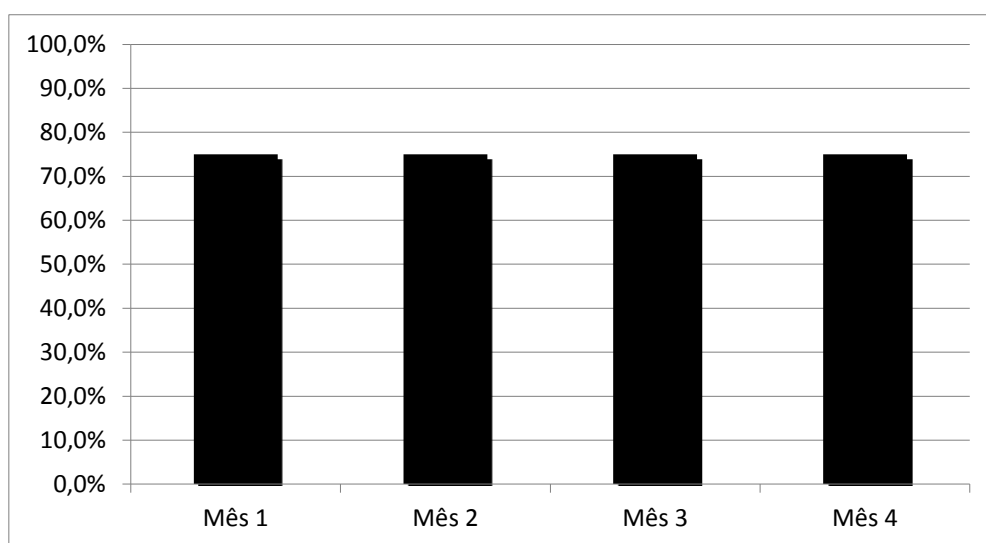


Figura 3: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar na ESF de Lagoa Nova, Morro do Chapéu / BA.

Meta 4: Rastrear 40% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Em relação ao número de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta, tem-se o seguinte: no primeiro mês foram atendidos 21 idosos, sendo que 20 deles (95,2%) tiveram a aferição efetuada. No segundo mês, mais 17 idosos foram atendidos com 15 deles (94,7%) tendo sua pressão arterial verificada. No terceiro mês, mais 21 idosos foram atendidos e todos tiveram verificados seus níveis tensionais (96,6%). Ao fim do quarto mês, mais 18 idosos haviam sido atendidos, correspondendo a 98,7% como mostra a Figura 4.

A meta estipulada era de 40% e foi, portanto, alcançada. Para atingir esse objetivo, a ESF já dispunha de um tensiômetro adulto calibrado e os níveis pressóricos dos pacientes sempre eram conferidos com o padrão encontrado no cartão de acompanhamento do HiperDia ou na própria ficha ambulatorial. Também foi realizada uma atualização entre os funcionários da ESF utilizando os indicadores atuais da Sociedade Brasileira de Cardiologia quanto aos níveis tensionais esperados numa pessoa idosa.

O percentual obtido no segundo mês foi menor em relação ao primeiro mês porque, além do paciente registrado no primeiro mês sem aferição de pressão arterial (21 cadastrados; 01 sem pressão aferida), mais dois pacientes ficaram sem o registro da PA no mês seguinte (17 cadastrados; 15 sem a PA aferida). Entretanto, o paciente do primeiro mês teve sua pressão verificada no mês seguinte. Levando-se

em conta a meta determinada, seria imperioso dimensionar uma meta superior (idealmente 100%) aos 40% iniciais, assegurando a toda a população o alcance absoluto aos serviços de saúde.

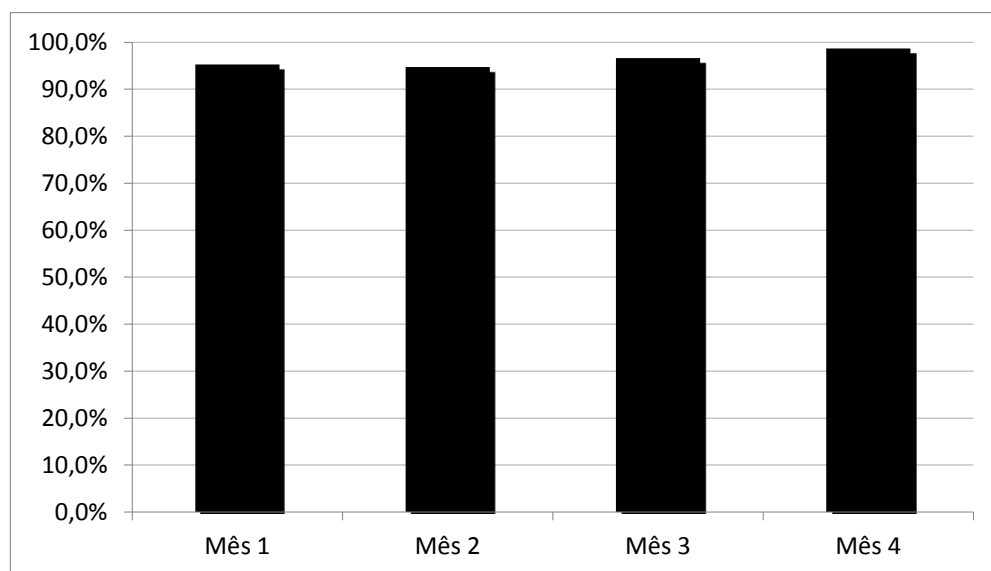


Figura 4: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta na ESF de Lagoa Nova, Morro do Chapéu / BA.

Meta 5: Rastrear 40% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Na captação de idosos hipertensos que foram rastreados para diabetes, 43 hipertensos idosos foram investigados para DM dentre os 44 cadastrados, num percentual de 97,7%, assim distribuídos como mostra a Figura 5: no primeiro mês, os 14 hipertensos cadastrados foram rastreados para DM (100%); no segundo mês, 08 hipertensos foram cadastrados, mas 01 não permitiu a realização do exame (95,5%); no terceiro mês, 15 hipertensos foram cadastrados e 01 não foi rastreado argumentando já ser reconhecidamente diabético; no quarto mês, os 07 idosos cadastrados também foram rastreados para DM (95,5%).

A meta definida previamente para esse indicador foi 40%, portanto, alcançada. O bom resultado deve-se a um fato simples: a ESF possui uma sólida estrutura de cadastro e acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos, com cerca de 120 pacientes, dentre idosos e não idosos, sendo monitorados mês a mês. Entretanto, visando abarcar um número maior de idosos com as características

clínicas acima determinadas é que ganha importância o estabelecimento de uma meta mais abrangente (100%), o que poderia ter sido feito anteriormente.

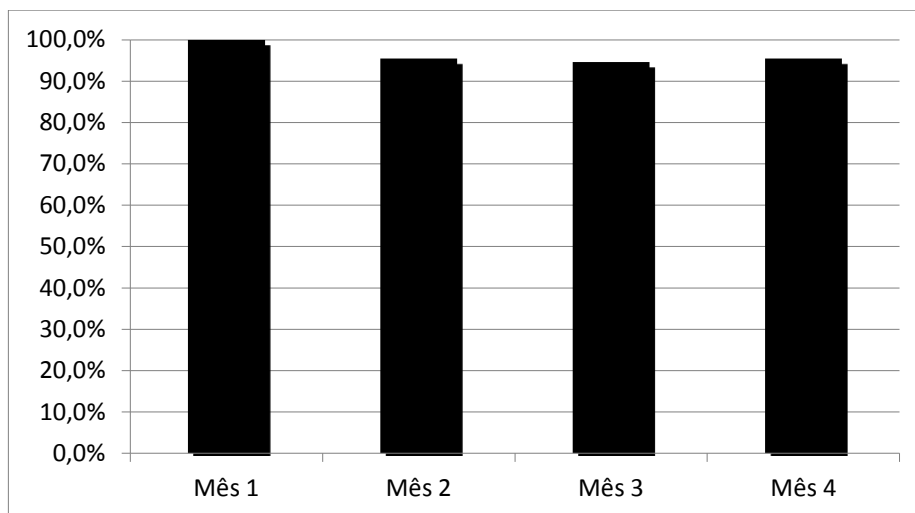


Figura 5: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na ESF de Lagoa Nova, Morro do Chapéu / BA.

Meta 6: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 40% dos idosos (com elaboração de plano de tratamento).

Em relação à primeira consulta odontológica programática do idoso, o período de coleta de dados realizado nos quatro meses atingiu apenas 10 dos 77 idosos cadastrados. A distribuição desses idosos ao longo dos meses ocorreu da seguinte forma (Figura 6): no primeiro mês, 21 idosos foram atendidos e apenas 08 realizaram a consulta odontológica (38,1%).

No mês seguinte, esse número se manteve, pois, embora mais 17 idosos tenham sido cadastrados, nenhum foi atendido pela Cirurgiã-dentista (21,1%); no terceiro mês, esse número se manteve, mesmo com mais 21 idosos cadastrados (13,6%); no quarto e último mês de coleta de dados, 02 dos 18 idosos fizeram a consulta programática (13%).

Como a meta estabelecida para esse indicador era de 40%, o valor final ficou muito aquém do esperado. As dificuldades encontradas pelo profissional responsável por esse atendimento, o Cirurgião-dentista, em relação à aquisição de material permanente e de consumo, associado à descontinuidade do fornecimento do material obtido e à própria falta de interesse e de interação desse profissional com a equipe dificultou o alcance da meta.

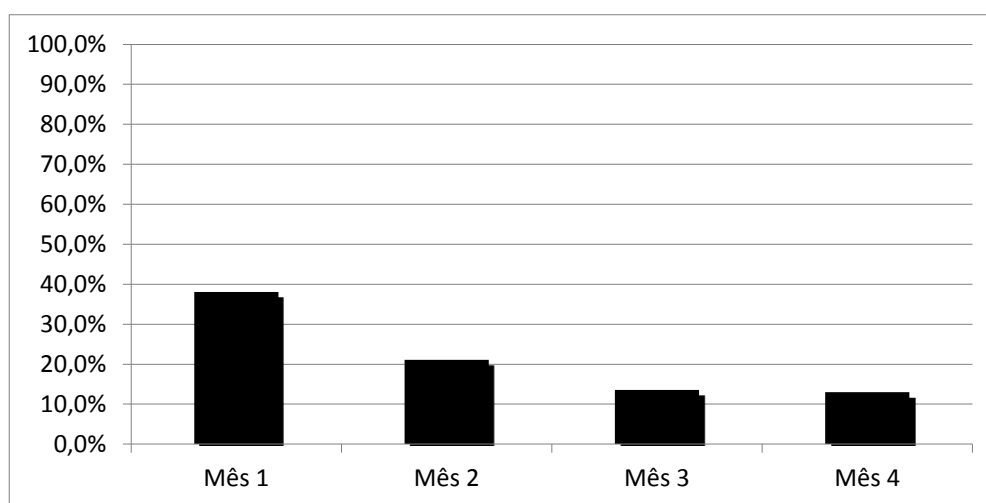


Figura 6: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na ESF de Lagoa Nova, Morro do Chapéu / BA.

Meta 7: Fazer visita domiciliar odontológica de 40% dos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção.

O indicador que trata da proporção de idosos acamados/com problemas de locomoção que tiveram a visita odontológica efetuada. Foi estabelecido considerando-se o total de 04 idosos com essas condições, sendo 03 acamados e 01 com problemas de locomoção. Dos quatro meses em que ocorreu a coleta de dados, apenas no primeiro mês houve 01 visita domiciliar registrada, como se observa na Figura 7.

A meta estabelecida, que era de 40%, não foi alcançada atingindo apenas 25%. A falta de materiais para trabalhar, falhas no abastecimento de água na localidade e o compromisso profissional restrito com as atividades a serem desenvolvidas e o bem estar da população idosa, associado ainda ao tabu que envolve o tratamento dentário (dor, desconforto, hemorragias) contribuíram para que esse valor permanecesse tão baixo.

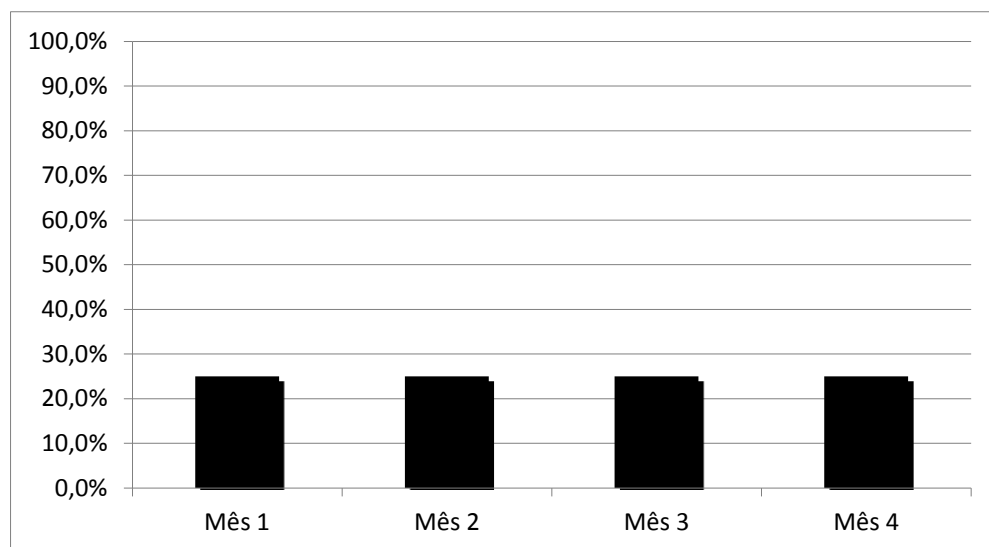


Figura 7: Proporção de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que receberam visita domiciliar odontológica na ESF de Lagoa Nova, Morro do Chapéu / BA.

Objetivo 2: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso.

Meta 8: Buscar 40% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Para aumentar a adesão dos idosos ao Programa, foi estabelecido que a equipe realizaria a busca ativa de todos os faltosos às consultas. Dessa forma, no primeiro mês 05 idosos faltaram à consulta, mas apenas 03 receberam a busca ativa (60%); no segundo mês, 02 idosos faltaram à consulta e 01 deles teve a busca ativa realizada (71,4%); no terceiro mês, dos 02 idosos que faltaram à consulta, também 01 foi localizado em seu domicílio (66,7%).

No quarto e último mês de coleta de dados, apenas 01 idoso não compareceu à consulta programada e foi procurado em seu domicílio (70%), como exibido na Figura 8. Como a meta para esse indicador era 40%, ela foi alcançada e para que isso fosse conquistado a equipe contou com a ajuda valiosa dos ACS e com a disponibilidade de um veículo para levar os profissionais aos domicílios dos faltosos. Os faltosos que não receberam a busca ativa compareceram à consulta oportunamente.

A baixa meta resultou em uma observação crítica relevante dentro do contexto da universalidade: a investigação da efetividade do acesso ao serviço e a

transposição das barreiras, quer sejam físicas, sociais ou econômicas, de forma que uma meta mais ambiciosa garantiria com mais propriedade a cobertura do serviço.

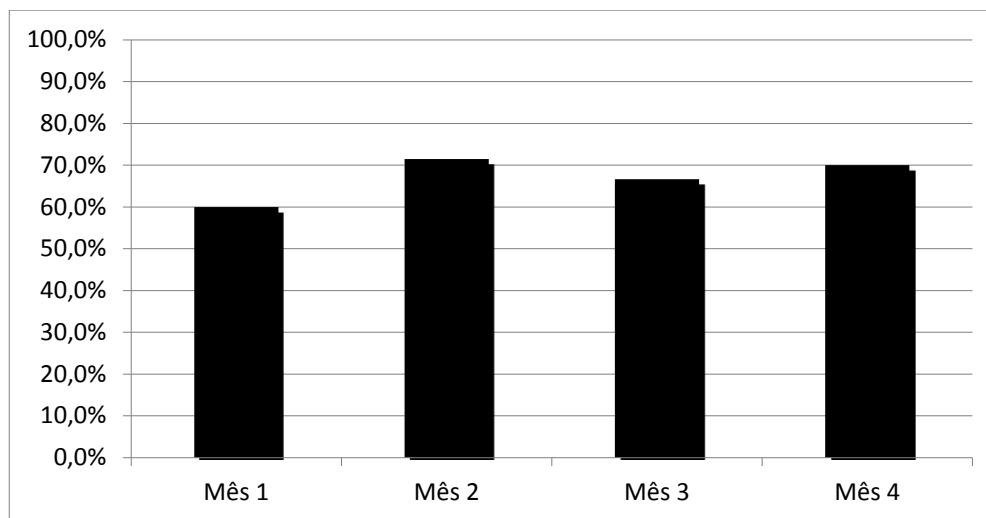


Figura 8: Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa na ESF de Lagoa Nova, Morro do Chapéu / BA.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 9: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 40% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Para melhorar a qualidade da atenção ao idoso foi utilizado um instrumento chamado Avaliação Multidimensional Rápida, o qual permite a identificação adequada das limitações relacionadas ao envelhecimento. No primeiro mês, dos 21 idosos cadastrados 20 tiveram essa avaliação realizada (95,2%); no segundo mês, essa soma foi de 17, com todos realizando a A.M.R. (97,4%). No terceiro mês, 05 dos 21 idosos atendidos não tiveram essa avaliação efetuada (89,8%); e, no quarto mês, 02 pacientes não realizaram esse exame, embora 18 pacientes tenham sido atendidos no período (93,5%).

Como a meta estabelecida para alcançar esse indicador foi de 40%, ela foi plenamente contemplada embora tenha sido discutido ao fim da coleta de dados quanto à importância de ter sido acordada uma meta de 100%. Foi pactuado previamente que apenas a Enfermeira e o Médico utilizariam esse instrumento, não havendo dificuldades para tal pois ambos os profissionais já atuam rotineiramente

nesse tipo de avaliação clínica. Os dados acima apresentados estão definidos abaixo na Figura 9.

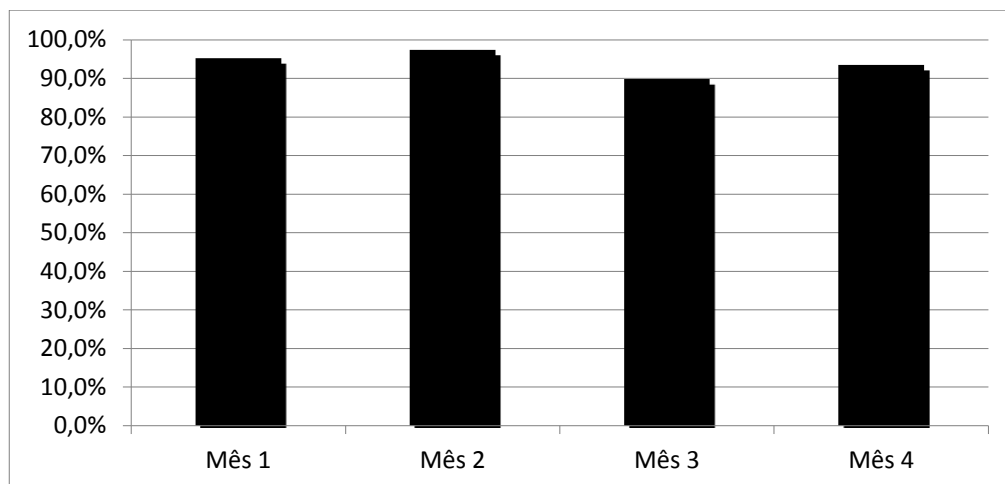


Figura 9: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia na ESF de Lagoa Nova, Morro do Chapéu / BA.

Meta 10: Realizar exame clínico apropriado em 40% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 03 meses para diabéticos.

Em relação à proporção de idosos que tiveram seu exame clínico realizado, temos o seguinte resultado: dos 21 idosos atendidos no primeiro mês, 20 realizaram esse exame (95,2%); no segundo mês, mais 17 idosos foram atendidos e todos foram examinados (97,4%); no terceiro mês, realizaram a consulta 21 idosos com 20 deles examinados (96,6%); e no último mês, os 18 idosos atendidos realizaram exame clínico apropriado (97,4%).

A meta pretendida para alcançar esse indicador era de 40%. A importância de uma meta mais elevada refletiria na forma como a assistência seria prestada, englobando muitos outros idosos com necessidades diversas. Como o exame clínico do idoso já era uma prática executada na consulta, manter a realização do mesmo não constituiu impedimento ou dificuldade para a equipe. Entretanto, o exame era feito normalmente em cima da queixa que motivava a ida do idoso à consulta. É o que se observa na Figura 10.

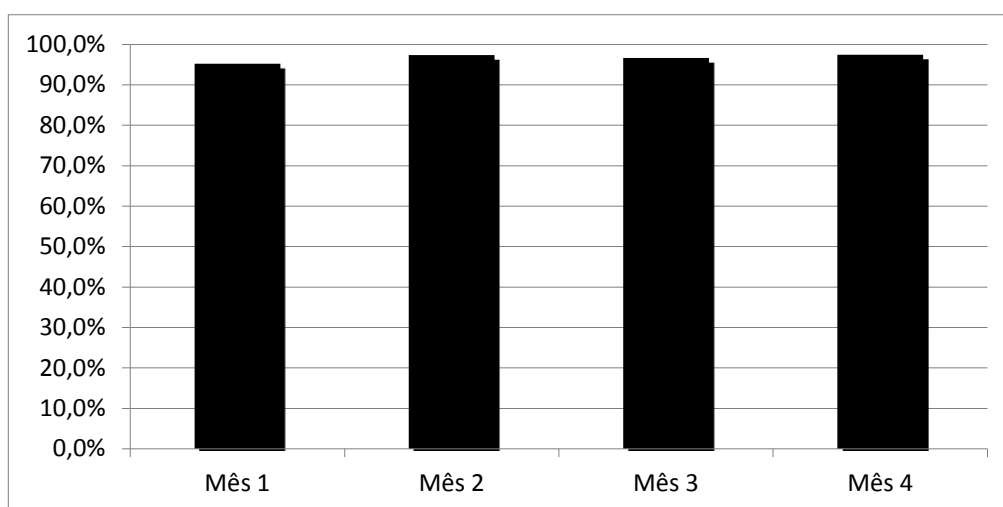


Figura 10: Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia na ESF de Lagoa Nova, Morro do Chapéu / BA.

Meta 11: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 40% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Em relação ao indicador que trata do número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares em dia, a evolução desse indicador obedeceu a uma constante ao longo dos meses. No primeiro mês, dos 21 idosos atendidos 16 eram hipertensos e/ou diabéticos e 14 deles haviam realizado exames laboratoriais recentemente (87,5%). No mês seguinte, mais 08 pacientes com essas condições foram atendidos e todos estavam com os exames em dia (91,7%). No terceiro mês, 11 hipertensos/diabéticos foram atendidos e todos estavam com os exames realizados (94,3%).

No último mês, após constatar que 09 pacientes com diabetes ou hipertensão foram atendidos, observou-se que todos estavam com os exames complementares periódicos em dia (97,7%), como mostrado na Figura 11. A meta para esse indicador foi atingida, pois previamente foi estabelecida em 40%. Não houve qualquer fator que dificultasse solicitar esses exames, tampouco quaisquer dificuldades para que os pacientes os realizassem.

O Laboratório Municipal dispõe, desde 2013, de dois Farmacêuticos Bioquímicos diariamente durante toda a semana, o que foi determinante para elevar a cota de exames realizados.

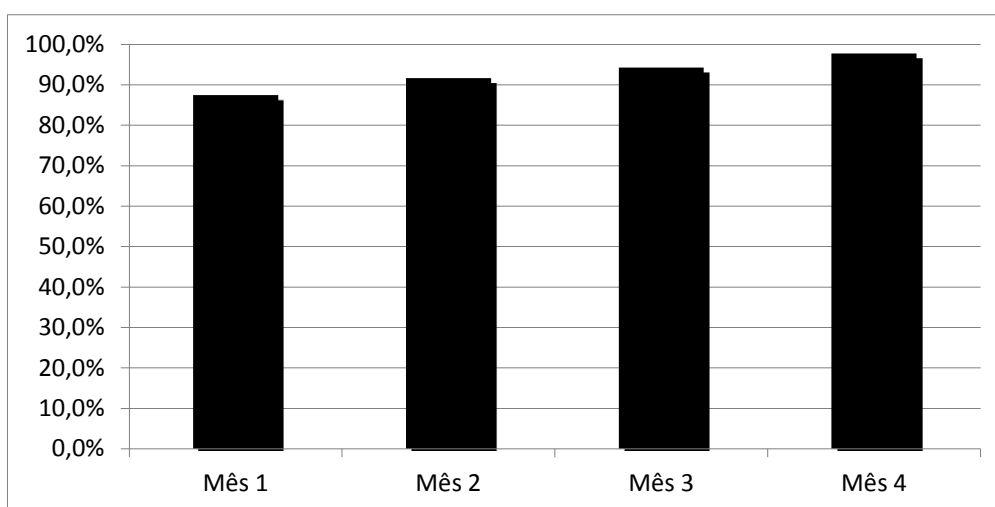


Figura 11: Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia na ESF de Lagoa Nova, Morro do Chapéu / BA.

Meta 12: Avaliar o acesso aos medicamentos prescritos em 60% dos idosos (considerar os idosos sem prescrição medicamentosa como com acesso a medicamentos)

Foi realizada uma análise da proporção de idosos que tiveram garantido o acesso a todos os medicamentos prescritos e observou-se o seguinte: dos 21 idosos atendidos no primeiro mês, 20 tiveram esse acesso (95,2%). Um paciente não foi contemplado por fazer uso de uma associação medicamentosa que não é disponibilizada pela Farmácia Básica do município. No segundo mês, todos os pacientes atendidos, ou seja, 17 tiveram acesso aos seus medicamentos (97,4%), inclusive àqueles prescritos por Médicos Especialistas, como Cardiologistas.

No terceiro mês foram atendidos 21 idosos, com todos eles (98,3%) beneficiados pela existência do seu medicamento em quantidade suficiente na unidade de saúde. E no último mês, os 18 idosos atendidos tiveram o acesso aos medicamentos prescritos garantido, correspondendo a 98,7% como a Figura 12 deixa explícito. A meta de 60% foi alcançada graças ao empenho da equipe em realizar um levantamento dos medicamentos existentes na ESF e aqueles que podiam ser obtidos na Farmácia municipal.

O município honrou o compromisso de adquirir todos os medicamentos necessários para o abastecimento pleno das ESF com um estoque diversificado de anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e medicamentos de urgência. Foi feito nesse

período o controle rigoroso do estoque para impedir o desabastecimento, e a posologia dos medicamentos em uso foi avaliada e orientada em todos os casos atendidos.

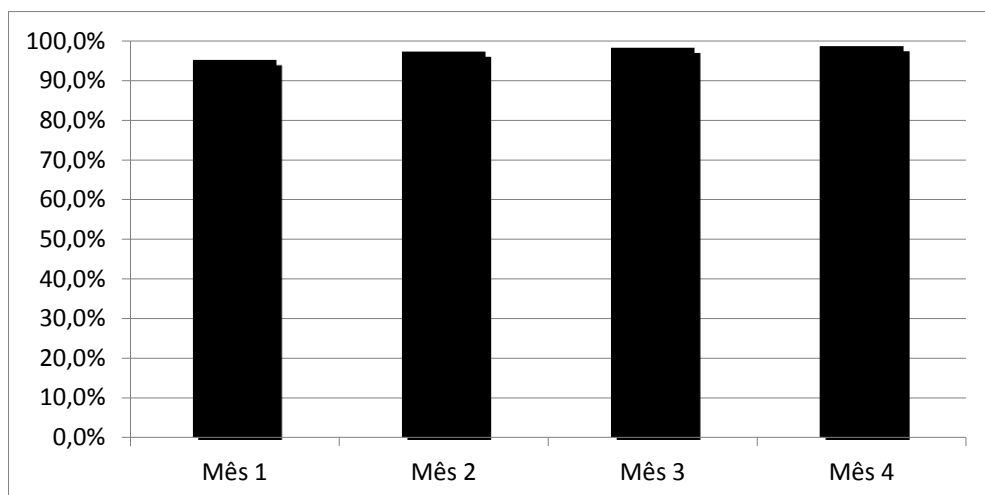


Figura 12: Proporção de idosos com acesso aos medicamentos prescritos na ESF de Lagoa Nova, Morro do Chapéu / BA.

Meta 13: Avaliar alterações de mucosa em 40% dos idosos cadastrados. No indicador que trata da avaliação das alterações de mucosa bucal, observa-se que no primeiro mês dos 21 idosos atendidos apenas 08 foram avaliados em relação à alteração da mucosa (38,1%); no mês 2 e 3 esses valores permaneceram inalterados, não havendo nenhum novo idoso atendido com mucosa avaliada (21,1% e 13,6%, respectivamente). No quarto mês mais 02 idosos tiveram sua mucosa oral avaliada (13%).

Com esses resultados a meta de 40% não foi alcançada, gerando dados insatisfatórios. Observou-se dificuldade no manejo com o profissional responsável pelo serviço de saúde bucal, tanto no que se relaciona ao compromisso profissional quanto ao fornecimento de insumos para que o mesmo pudesse trabalhar. A modesta meta estabelecida deveria ter alcançado algum valor próximo aos 100%, dada a importância desse cuidado para a população idosa. A Figura 13 abaixo demonstra claramente esses dados.

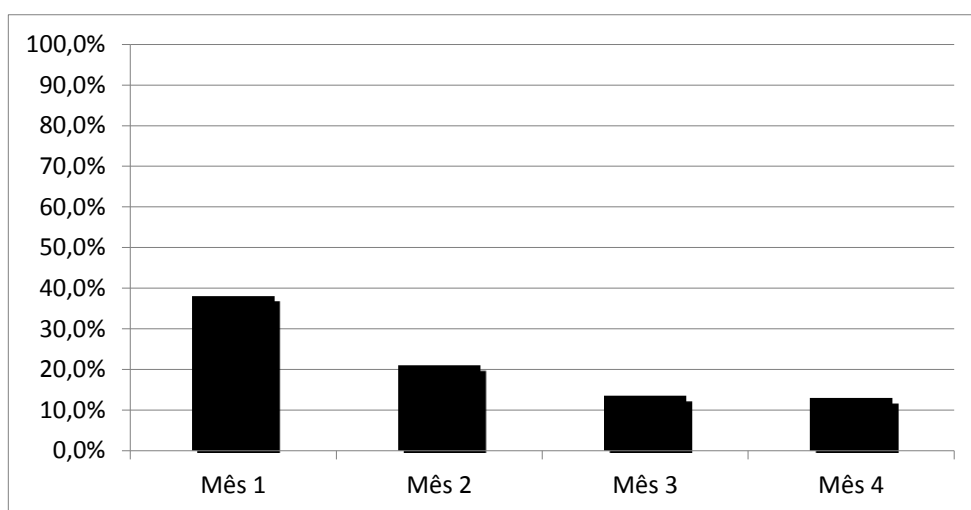


Figura 13: Proporção de idosos com avaliação de alterações de mucosa bucal em dia na ESF de Lagoa Nova, Morro do Chapéu / BA.

Meta 14: Avaliar necessidade de prótese dentária em 40% dos idosos com primeira consulta odontológica.

O mesmo se deu com o indicador que trata da avaliação da necessidade de uso de prótese pelos idosos que realizaram a primeira consulta odontológica programática. No primeiro mês foram atendidos 21 pacientes, sendo que 08 deles realizaram a primeira consulta e tiveram a necessidade de prótese avaliada (100%); nos dois meses subsequentes, esse valor permaneceu inalterado. Ao fim do quarto mês, mais 01 idoso com a primeira consulta odontológica programática teve sua necessidade de uso de prótese avaliada (90%).

O outro idoso atendido nesse último mês já fazia uso recente de prótese e não necessitou dessa avaliação. Os motivos para tão baixa cobertura deve-se à restrição no atendimento odontológico imposto pela falta de material e equipamentos, além da falta de água na unidade. Esses dados podem ser visualizados na Figura 14.

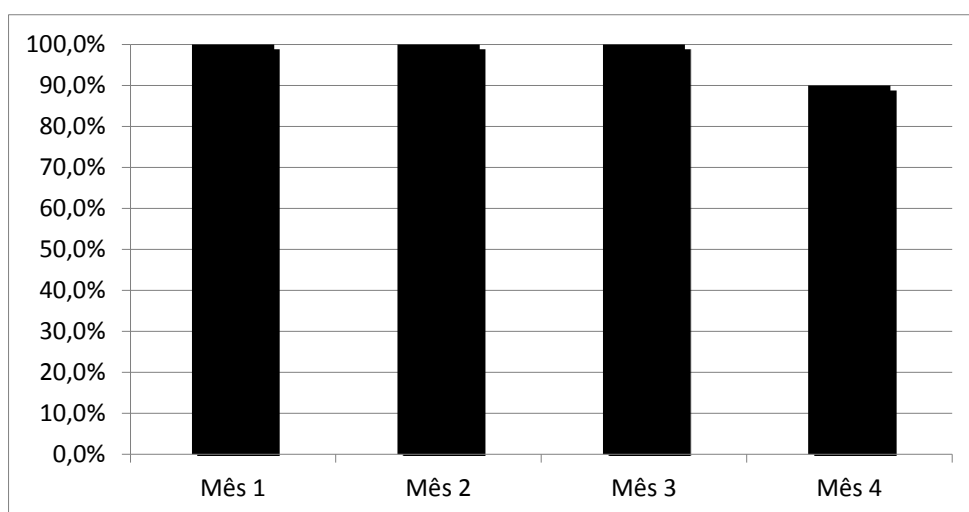


Figura 14: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de prótese bucal em dia na ESF de Lagoa Nova, Morro do Chapéu / BA.

Meta 15: Concluir o tratamento odontológico em 40% dos idosos com primeira consulta odontológica programática.

Em relação aos idosos que tiveram a primeira consulta odontológica e que concluíram esse tipo de tratamento, no primeiro mês foram atendidos 08 idosos, sendo que 03 (37,5%) deles concluíram naquele mesmo mês o tratamento. No segundo e terceiro meses de atendimento, não houve novas consultas, permanecendo, portanto, os mesmos valores do primeiro mês (37,5%). No quarto e último mês, 02 idosos tiveram sua primeira consulta odontológica realizada e o tratamento concluído (50%), como verificado na Figura 15.

Mesmo sendo baixa, a meta de 40% não foi alcançada em grande parte devido à inconstância verificada na aquisição e abastecimento de insumos odontológicos, além da interrupção frequente no abastecimento de água forçando o profissional responsável a cancelar diversas vezes o atendimento, até interrompê-lo temporariamente e afastar-se da unidade. Além disso, a autoclave foi levada para manutenção há quase um ano e não foi devolvida até o momento, dificultando até a esterilização do material existente.

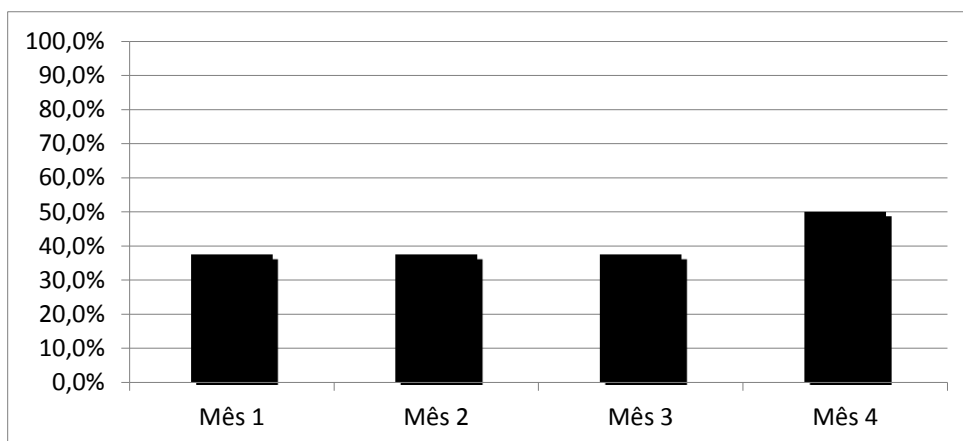


Figura 15: Proporção de idosos com tratamento odontológico concluído na ESF de Lagoa Nova, Morro do Chapéu / BA.

Objetivo 4: Melhorar os registros das informações.

Meta 16: Manter o registro específico de 60% das pessoas idosas.

Foi utilizada uma ficha de atendimento (ficha espelho) para o registro das condições clínicas da saúde do idoso. Durante o atendimento, todos os idosos deveriam ter essa ficha preenchida e anexada ao prontuário ambulatorial. No primeiro mês de coleta de dados, dos 21 idosos atendidos, 20 tiveram essa ficha devidamente preenchida (95,2%). No segundo mês de coleta, dos 17 idosos atendidos, 16 tiveram seus registros na ficha espelho realizados (94,7%). Durante o terceiro mês, com 21 idosos cadastrados apenas 14 fichas foram preenchidas (88,1%).

No quarto mês, foram atendidos 18 idosos e 15 deles foram devidamente registrados nas suas fichas espelho correspondentes (96,1%), de acordo com a Figura 16. A meta a se alcançar era de 60%, portanto, houve sucesso nesse indicador. A estratégia para o preenchimento oportuno da ficha espelho foi anexar esse impresso ao prontuário do paciente, sendo preenchido por ocasião da consulta.

Nos dois primeiros meses, dois pacientes não tiveram suas fichas preenchidas, pois na ocasião do atendimento foi identificado quadro clínico grave e foi necessária a remoção imediata para unidade hospitalar, não havendo, portanto, tempo hábil para o preenchimento. Posteriormente, ambos foram visitados no domicílio e o registro foi completado.

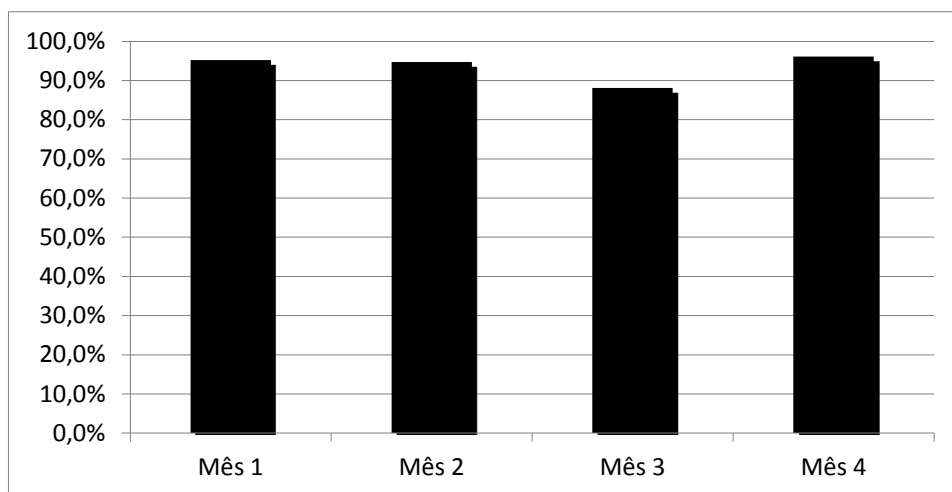


Figura 16: Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia na ESF de Lagoa Nova, Morro do Chapéu / BA.

Meta 17: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 60% dos idosos cadastrados.

Em relação à distribuição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, os ACS receberam um volume correspondente ao quantitativo de idosos das suas micro áreas e ficou acordado que eles seriam os responsáveis pelo preenchimento dos dados nas mesmas. Entretanto, verificou-se após algum tempo que eles optaram em entregar as Cadernetas conforme fossem visitando esses idosos e preenchendo-as com seus dados. Portanto, no primeiro mês, dos 21 idosos cadastrados, 19 receberam a Caderneta de Saúde (90,5%).

No mês seguinte, 17 idosos foram atendidos e 10 haviam recebido preenchida a Caderneta (76,3%). No terceiro mês, mais 21 idosos atendidos e apenas 07 já estavam de posse de seu novo documento (61%). No quarto e último mês, 18 pacientes foram atendidos, mas apenas 04 (51,9%) haviam recebido a nova Caderneta. Como a meta é obtida em cima do último resultado, esta não foi alcançada. Houve uma falha na comunicação da equipe, pois havia um número suficiente para que todos os idosos recebessem suas Cadernetas.

Entretanto, entregá-las sem o preenchimento devido não era correto e a extensa micro área de um dos ACS não permitiu o preenchimento e a entrega em tempo hábil, devido à sua sobrecarga de trabalho. Avaliando a forma como ocorreu o cumprimento dessa meta, o preenchimento e a distribuição das cadernetas seriam estabelecidos de maneira a assegurar essas duas ações a toda a população, com

metas mais concretas e pautadas na universalidade do cuidado prestado. A Figura 17 exibe os dados mencionados anteriormente, como se vê abaixo.

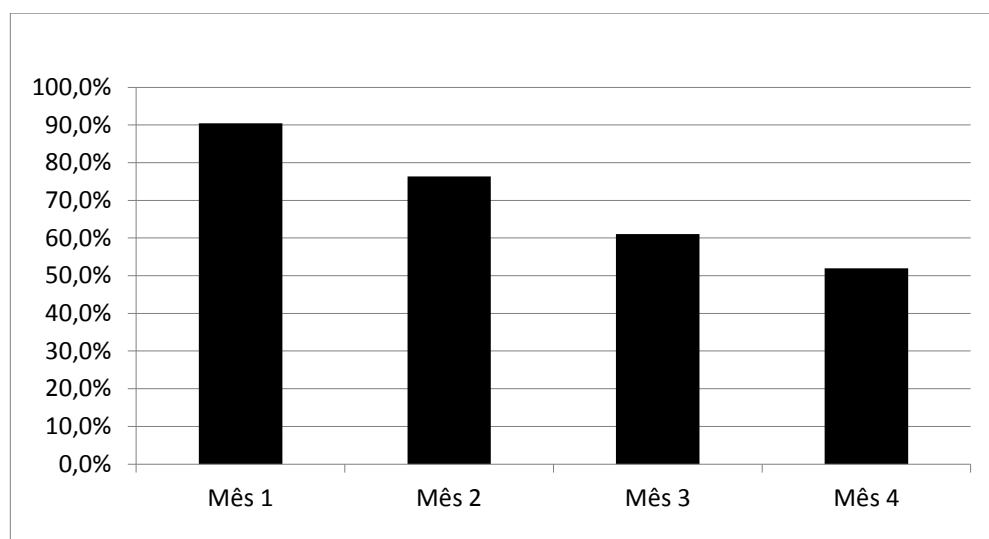


Figura 17: Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na ESF de Lagoa Nova, Morro do Chapéu / BA.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 18: Rastrear 40% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Quanto à avaliação de risco de morbimortalidade, no primeiro mês todos os 21 pacientes idosos cadastrados foram avaliados (100%); no segundo mês, esse número se repetiu porque todos os 17 idosos foram avaliados (100%). No terceiro mês, também 17 idosos foram avaliados de um total de 21 atendidos (93,2%). No quarto e último mês, 16 idosos foram avaliados quanto ao risco de morbimortalidade (97,4%).

A meta de 40% foi atingida e esse resultado foi creditado ao fato de que todos os pacientes foram submetidos à investigação de seu estado de saúde, seja através de anamnese ou de exames. A Figura 18 detalha a evolução dos atendimentos nesse período de coleta de dados.

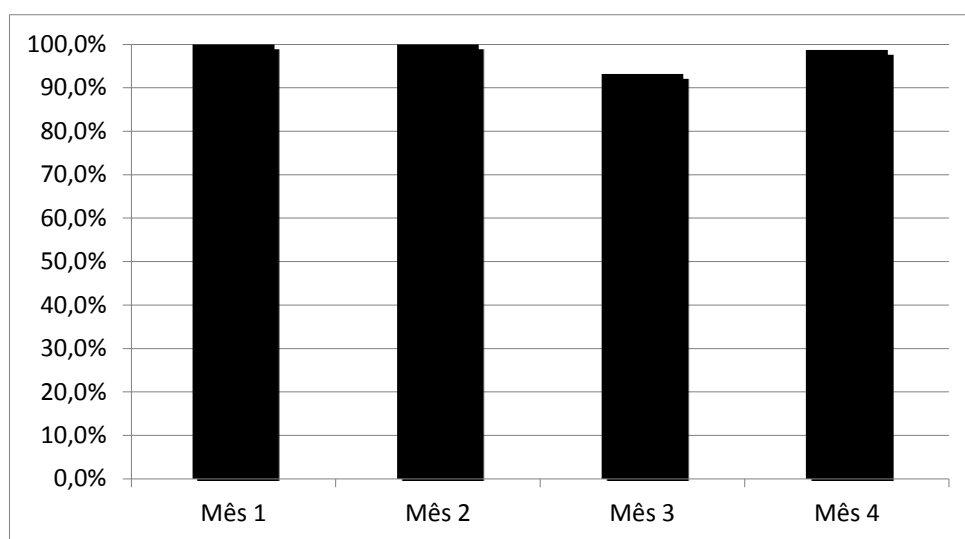


Figura 18: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia na ESF de Lagoa Nova, Morro do Chapéu / BA.

Meta 19: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 40% das pessoas idosas.

O indicador que mostra o número de idosos cuja fragilização foi avaliada foi baseado na anamnese e no preenchimento da ficha espelho de cada um. Assim, no primeiro mês todos os 21 idosos atendidos (100%) foram analisados quanto a esse aspecto. No segundo mês, também os 17 idosos atendidos (100%) passaram por essa avaliação. No terceiro mês, 17 dos 21 idosos (93,2%) receberam esse cuidado e ao fim do quarto mês 17 dos 18 idosos atendidos tinham sido avaliados quanto à sua integridade global (98,7%) como verificado na Figura 19.

A meta, que era de 40%, foi atingida e isso decorreu da oportunização da fala do paciente, do tempo disponibilizado para ouvi-lo e da confiança entre o profissional e o paciente para responder sem omitir quaisquer aspectos da sua condição de idoso. Afora isso, material técnico foi discutido amplamente entre a equipe para se conhecer que aspectos são esses e assim saber o que procurar.

Atualmente, a meta seria mais elevada em virtude da própria sensibilização da equipe no que concerne à extensão e à ampliação do cuidado aos idosos atendidos, maximizando o quantitativo de pessoas atendidas.

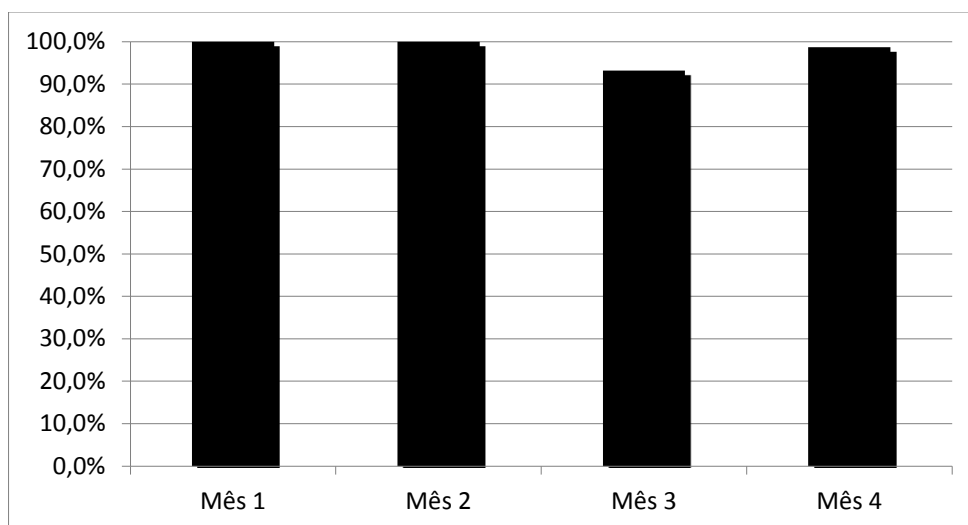


Figura 19: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia na ESF de Lagoa Nova, Morro do Chapéu / BA.

Meta 20: Avaliar a rede social de 40% dos idosos.

Na avaliação da rede social do idoso, os pacientes foram avaliados sob dois contextos diferentes: os que receberam visita domiciliar e a equipe pôde verificar *in loco* qual a estrutura familiar/social encontrada; e aqueles que compareceram à consulta acompanhados de algum familiar ou amigo/vizinho. No primeiro mês, todos os 21 idosos puderam ter essa rede social analisada (100%). No mês seguinte, também os 17 idosos atendidos foram avaliados desse ponto de vista (100%).

No terceiro mês, não foi possível avaliar a rede social de 01 idoso dos 21 atendidos (98,3%). E no quarto mês de coleta de dados, 01 idoso também permaneceu sem a avaliação de sua rede social (98,7). A meta estipulada era de 40% e foi alcançada sem dificuldades pela equipe. Porém, vislumbrando a universalidade do cuidado prestado pelas equipes há que se considerar metas mais elevadas a fim de contemplar toda a população. A Figura 20 ilustra os dados acima apresentados.

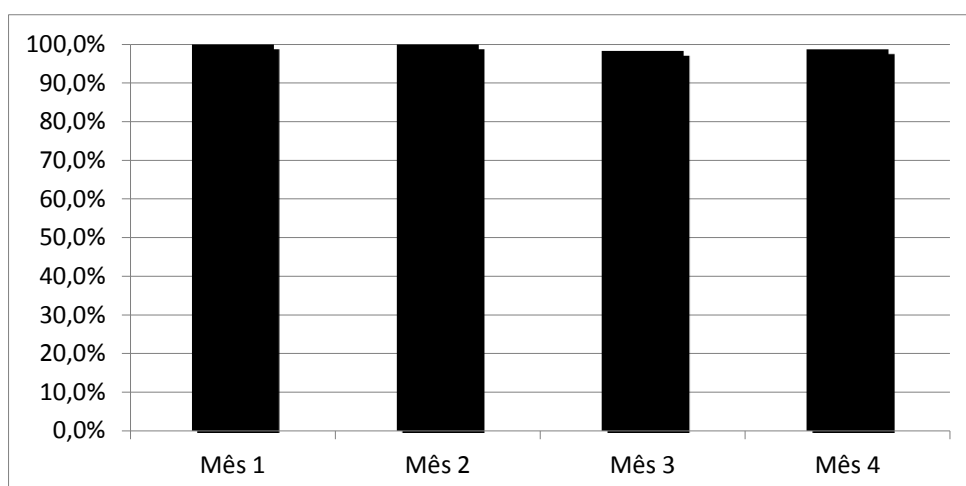


Figura 20: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia na ESF de Lagoa Nova, Morro do Chapéu / BA.

Meta 21: Realizar avaliação de risco em saúde bucal em 40% dos idosos.

Quando calculada a proporção de idosos que tiveram a avaliação de risco em saúde bucal realizada obteve-se o seguinte resultado: no primeiro mês foram avaliados todos os 08 idosos que tiveram a primeira consulta odontológica realizada (100%). No segundo mês, não houve novos atendimentos, permanecendo os mesmos 08 pacientes idosos avaliados anteriormente (100%).

No terceiro mês, também não houve alteração no atendimento e o número de pacientes avaliados se manteve (100%). No quarto mês, mais 02 idosos passaram pela primeira consulta odontológica e tiveram a avaliação de risco em saúde bucal realizada (90%). A meta para se alcançar esse indicador era de 40% e foi, portanto, obtida. É o que se observa na Figura 21.

Embora os percentuais sejam elevados, simulando um grande número de atendimentos, há que se observar que o valor obtido é calculado sobre o número de pacientes que realizaram a primeira consulta odontológica. Daí, a falsa impressão de um valor global satisfatório.

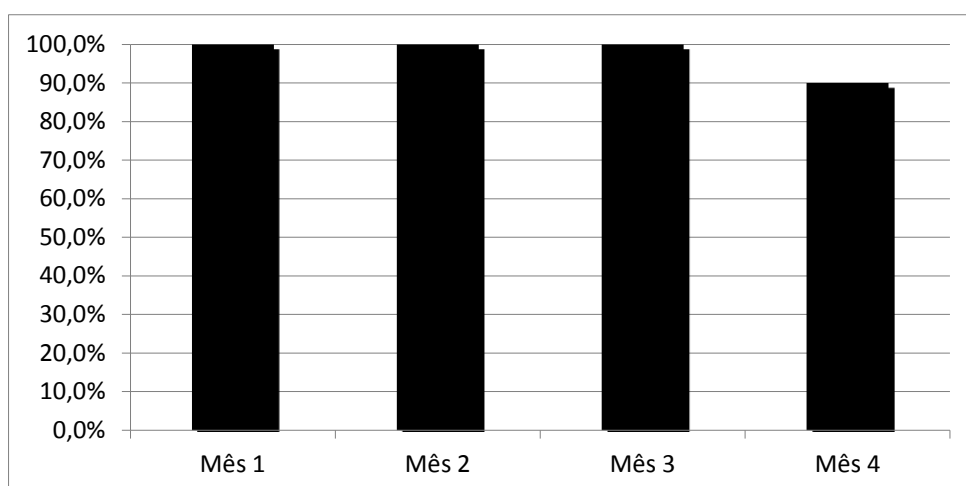


Figura 21: Proporção de idosos com avaliação de risco em saúde bucal em dia na ESF de Lagoa Nova, Morro do Chapéu / BA.

Objetivo 6: Promover a atenção integral à saúde do idoso.

Meta 22: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 40% das pessoas idosas.

De acordo com a proposta de atendimento que deve ser oferecido ao idoso está a orientação sobre hábitos nutricionais saudáveis. A Figura 22 mostra que no primeiro mês dos 21 idosos atendidos 20 receberam essa orientação oportuna (95,2%). No mês seguinte, dos 17 idosos que compareceram à consulta 16 também receberam as orientações pertinentes (94,7%). No terceiro mês de atendimentos e coleta de dados, mais 21 idosos compareceram à consulta e todos eles receberam as orientações nutricionais (96,6%).

Finalizando o quarto mês de atendimentos, 18 idosos foram avaliados e receberam as orientações para bons hábitos nutricionais (100%). Com esses resultados a expectativa de atingir a meta de 40% foi alcançada, embora pudesse ter sido pactuado um valor superior a esse. A equipe analisou e discutiu materiais técnicos sobre os hábitos nutricionais corretos para apropriar-se desse conhecimento e poder orientar os pacientes individualmente no momento da consulta ou mesmo fora dela, como, por exemplo, durante a aferição da pressão arterial ou na entrega dos medicamentos do programa HiperDia.

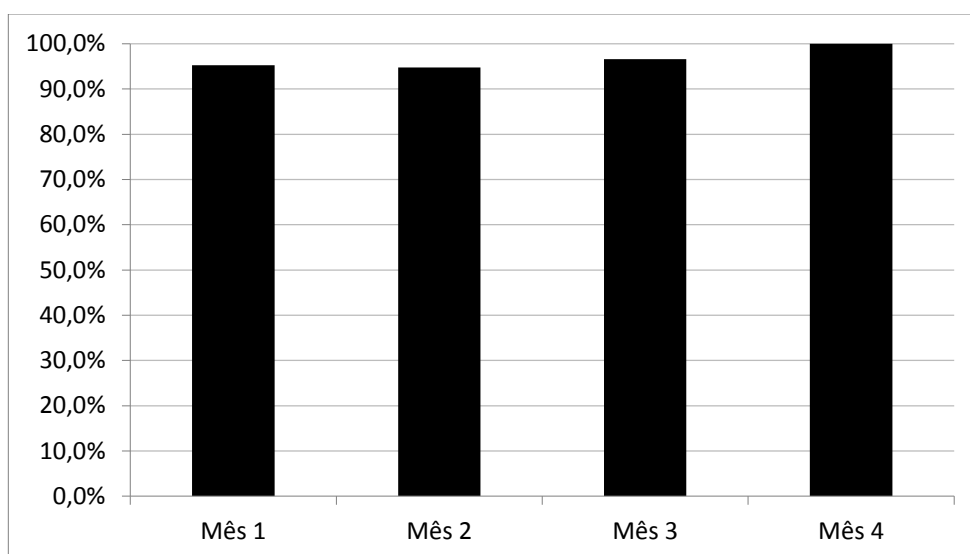


Figura 22: Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis na ESF de Lagoa Nova, Morro do Chapéu / BA.

Meta 23: Garantir orientação para a prática de atividade física regular a 40% idosos.

Em relação à prática de atividade física regular, a equipe avaliou as condições físicas e clínicas dos pacientes atendidos e, dessa forma, procedeu às orientações pertinentes. No primeiro mês, 15 idosos (71,4%) receberam as orientações básicas dentre os 21 atendidos no período. No segundo mês, dos 17 idosos atendidos no período 16 (84,2%) foram orientados sobre a prática física. No terceiro mês, todos os 21 idosos atendidos e cadastrados foram orientados (89,8%).

No quarto mês, todos os 18 pacientes atendidos no período receberam as orientações de prática física regular (94,8%) e esses dados podem ser visualizados na Figura 23. A meta de 40% foi atendida, embora valores mais próximos aos 100% fossem atualmente mais desejáveis. Como dito anteriormente, as condições físicas e clínicas dos mesmos foram avaliadas. Portanto, pacientes com amputação de membros inferiores e aqueles acamados (obnubilados, torporosos) não foram abordados nesse aspecto.

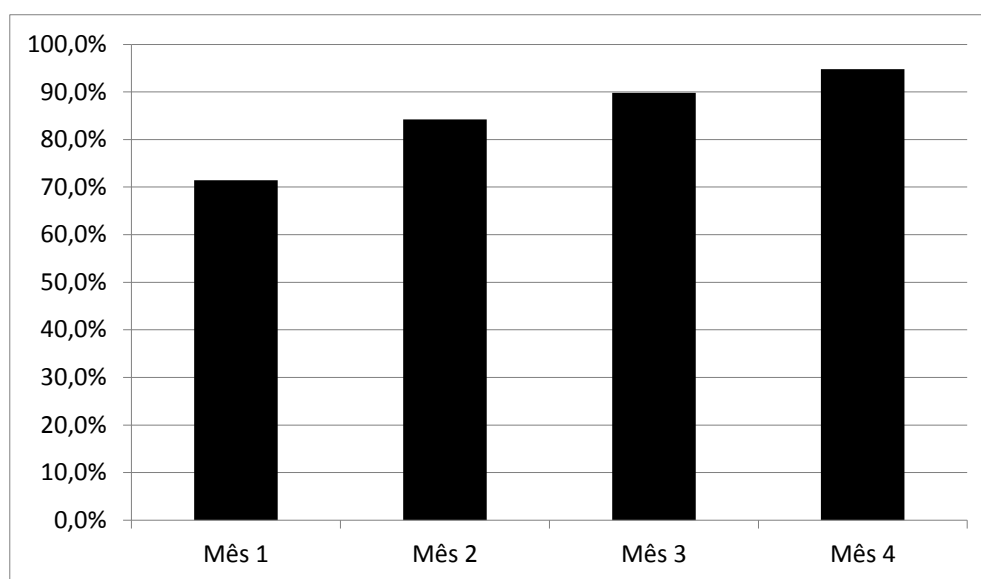


Figura 23: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular na ESF de Lagoa Nova, Morro do Chapéu / BA.

Meta 24: Garantir orientações individuais sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 40% dos idosos cadastrados com primeira consulta odontológica programática.

Os idosos que receberam as orientações individuais referentes aos cuidados com a saúde bucal foram aqueles que também realizaram a primeira consulta odontológica programática. Portanto, no primeiro mês foram 08 os idosos que tiveram sua primeira consulta e receberam as orientações de saúde bucal (100%). Nos dois meses subsequentes nenhum paciente idoso realizou a primeira consulta programática com orientação de cuidados bucais e a proporção se manteve inalterada (100%).

No quarto mês, mais 02 pacientes fizeram a primeira consulta odontológica, recebendo também as orientações de saúde bucal (100%). Dessa forma, os dados da Figura 24 demonstram que foi possível alcançar a meta de 40%. Assim como com as outras ações referentes à saúde bucal, a falta de materiais, de equipamentos e de água para se trabalhar impediram o avanço do atendimento nessa área, cujo início já ocorreu de forma precária e duvidosa.

O dimensionamento da equipe em relação à área de cobertura da ESF criou uma das maiores barreiras à prestação do cuidado integral aos idosos e, mesmo assim, esta não envidou esforços para abarcar o máximo dessa população.

Meta 25: Garantir ações coletivas de educação em saúde bucal para 40% dos idosos cadastrados.

O indicador referente à participação dos idosos nas ações coletivas de saúde bucal não foi contemplado porque nenhuma ação coletiva foi realizada. Com diversos entraves para o andamento pleno das ações de saúde bucal, a equipe realizou abordagens individuais de orientações e avaliação da cavidade oral. A meta, que era de 40%, não foi alcançada.

4.2 Discussão

Esperava-se cadastrar os idosos de toda a área de abrangência e isso era o desejável para que o alcance dessa ação contemplasse o princípio da universalidade. Entretanto, dificuldades relacionadas ao difícil acesso às comunidades, extensão da área, dimensionamento da equipe e inexistência de agentes comunitários de saúde para conhecer, orientar e organizar a demanda fizeram com que a equipe pactuasse a execução da intervenção apenas nas três micro áreas cobertas.

A equipe planeja, a médio prazo, ampliar a oferta de cuidados para toda a área de abrangência, lançando mão dessa experiência prévia em que praticou e exerceu os cuidados integrais para com os idosos. A implantação da ação programática em saúde do idoso trouxe consigo a responsabilidade e o compromisso da equipe para com uma parcela da população que é considerada minoria na hora de acessar plenamente o serviço.

Os idosos que antes compareciam apenas para verificar a pressão arterial ou receber seu medicamento agora sabem que existem diversos serviços de que pode dispor para monitorar sua saúde. Esse aumento na procura pelo serviço exigiu a ampliação do conhecimento para que todas as informações necessárias fossem repassadas a esses pacientes. Acredita-se poder organizar uma agenda de visitas a todas as localidades em um período de seis meses, de forma que todos sejam contemplados com os diversos cuidados propostos.

Com a implantação houve uma mobilização da equipe na busca pelo aprendizado e observou-se, inclusive, o cuidado com os seus próprios idosos, como pais, mães, tias, avós. Essa ação estratégica trouxe o amadurecimento profissional

que surgiu com as capacitações, gerando um interesse genuíno de todos os membros da equipe que, mesmo após o final do período de coleta de dados, ainda busca manter o serviço em pleno funcionamento, captando os últimos idosos que ficaram sem a consulta planejada.

Outro ponto importante e fundamental foi o fortalecimento do vínculo profissional, gerando uma série de atitudes multiprofissionais em benefício do paciente e aumentando a integração da equipe. A intervenção exigiu que a equipe planejasse ações em conjunto e enfrentasse as dificuldades juntos, buscando formas de melhor desenvolver suas tarefas.

Planejando e discutindo, foi possível sensibilizar a equipe quanto ao seu real valor e à sua importante atuação na comunidade quando captava os idosos resistentes à consulta e ao tratamento. Assim, foi possível diagnosticar doenças e complicações antes não percebidas, foi possível instalar tratamentos e desmistificar medos e preocupações, demonstrando que a implantação de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família local também tem importância social e cultural.

Com a intervenção a equipe conheceu os diversos instrumentos de avaliação da saúde do idoso e pôde incorporar à sua prática diária alguns desses instrumentos, dinamizando o serviço e qualificando ainda mais a unidade de saúde. A implantação dessa ação ampliou a garantia do acesso do paciente idoso à unidade, incentivando a sua consulta e a busca por melhoria nas suas condições de saúde.

Mediante a realização de reuniões quinzenais, a equipe conheceu e discutiu a Política Nacional de Humanização e foram apresentadas as fichas espelho, ocasião em que se detalhou o seu preenchimento completo e correto, além de serem dadas as orientações para realizar corretamente a glicemia capilar e aferir a pressão arterial, bem como os valores atualmente aceitos como parâmetro para essas duas ações.

No caso dos idosos com dificuldades inerentes à acessibilidade, como a distância a percorrer até a ESF, a equipe lançou mão de um importante instrumento de interação profissional-paciente, que é a visita domiciliar multiprofissional, levando até esse idoso todo o arsenal (desde a balança até o medicamento) de que necessita para realizar uma consulta que venha a oportunizar condições plenas de saúde.

A principal transformação advinda da realização da intervenção na comunidade foi a garantia de assistência aos idosos, bem como aos seus familiares, promovendo amparo e cuidados que antes não existiam. Originou-se uma valorização do paciente idoso, o que foi perceptível em toda a comunidade, com discussões incansáveis com vistas a melhorar a qualidade do atendimento, identificando com precisão os doentes e propiciando o tratamento das doenças mais frequentes a esse grupo etário.

Também assegurou-se o encaminhamento dos problemas identificados em tempo hábil, visando a intervenção intersetorial e multidisciplinar do NASF, do CAPS e da Secretaria da Ação e Bem Estar Social para as ações complementares. A comunidade passou a ter mais conhecimento da disponibilização dos medicamentos da Farmácia Básica, da oferta de exames de análises clínicas e anatomopatológico e exames complementares de imagem, evitando-se ingerências no deslocamento e transporte até o serviço procurado, facilitando e melhorando a segurança e a acessibilidade desses usuários no sistema de saúde.

Um dos pontos fortes da intervenção foi trabalhar com a comunidade, com as famílias. Porém, sem a existência de um Conselho Local de Saúde foi mais difícil obter ou garantir incentivos para atingir algumas metas. O contato feito com o Conselho Municipal do Idoso e com o próprio Núcleo de Apoio à Saúde da Família foi considerado tardio e pouco efetivo.

A forma de captação do idoso resistente mereceu atenção especial. A equipe poderia ter ampliado o número de consultas/dia e redistribuído as tarefas de forma que mais idosos fossem atendidos e as visitas domiciliares com o objetivo de busca ativa realizadas em dias separados para não atrasar ou dificultar as consultas na ESF. Isso poderia ter sido melhorado através da realização de uma palestra apresentando essa intervenção.

A determinação de metas modestas correspondeu à pouca expectativa que a equipe possuía de garantir a cobertura, o acesso e o atendimento a todos os idosos, mas no período de discussão dos resultados ficou explícito que as metas de qualidade deveriam ter sido estabelecidas no patamar de 100%, inclusive por contemplar o princípio da universalidade, que assegura ao quantitativo absoluto da população sob o foco da intervenção o acesso aos serviços de saúde.

Nesse contexto, cabe lembrar que a equipe conta com poucos ACS o que não garante que existam usuários descobertos. A equipe aguarda a realização de concurso público para ampliação das vagas para Agente Comunitário de Saúde. De acordo com o último remapeamento da área, 06 novos ACS devem ser integrados à equipe, o que auxiliará a ampliação dos cuidados ofertados.

A forma de contratação do serviço de saúde bucal deveria ser mais incisiva e pontual, necessitando da realização de uma reunião com a equipe para tratar especificamente do atendimento do idoso em saúde bucal. Foi difícil fazer a cobrança desse profissional – Cirurgião-dentista - quando parecia a todos na equipe que ele esquecera-se completamente do que fora pactuado anteriormente.

Também o contato com os Gestores deveria ter ocorrido de forma mais dinâmica e determinante. Solicitações foram feitas, mas perderam-se ao longo do tempo em que ocorria a coleta de dados. Essa intervenção já está incorporada à rotina do serviço, mas necessita de organização no agendamento das consultas de retorno para o acompanhamento efetivo. É necessário, ainda, verificar quais pacientes retornaram com os resultados de exames e quais os que ainda não compareceram ao serviço.

A principal mudança que deverá ocorrer nos próximos meses é o estabelecimento de um mapa dinâmico mostrando quais os pacientes devem retornar no mês. Esse mapa deverá assemelhar-se ao semáforo vacinal dos menores de um ano, onde a equipe trabalha por micro área com marcadores verdes, amarelos e vermelhos sinalizando a situação da consulta do paciente.

A criação de um grupo de idosos é fundamental para direcionar os cuidados e as orientações, com o apoio do NASF e do Conselho Municipal do Idoso. Deve ser garantido a todos os idosos a assistência em saúde bucal, tão necessária e com funcionamento precário e interrompido diversas vezes desde o seu início, há quase um ano.

Em um período de um ano deve ser implantada pela própria equipe da ESF a Prática Integrativa e Complementar Fitoterapia com a inclusão de todos os idosos cadastrados no Programa, garantindo a assistência farmacêutica e as orientações relacionadas ao uso das plantas medicinais sob diferentes formas.

4.3 Relatório da Intervenção para o Gestor

Em meados do mês de Julho de 2013, a equipe de Estratégia de Saúde da Família do Povoado de Lagoa Nova reuniu-se para definir qual ação programática seria implantada na unidade de saúde em questão. Após deliberações, decidiu-se pela Saúde do Idoso, tendo em vista ser uma população pouco afeita à realização de consultas e exames, além de culturalmente estar mais desassistida e ser mais negligenciada.

Além disso, pesou na decisão o fato de o aumento da expectativa de vida da população mundial ser uma realidade à qual os profissionais de saúde devem estar preparados para enfrentar de forma ativa. Isso significa cada vez mais idosos comparecendo aos serviços primários de saúde (as ESF's), pois o envelhecimento saudável está associado a uma abordagem multiprofissional apropriada e efetiva.

Após o estudo do *Caderno de Atenção Básica n. 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa* todos os preparativos foram definidos e providenciados para que, em Setembro do mesmo ano, o cadastramento e acompanhamento dos idosos fosse iniciado. Por diversas vezes a equipe se reuniu para discutir as ações pactuadas e dirimir as dúvidas que a todo momento surgiam. Os pacientes iam sendo captados um a um, fosse através do agendamento da consulta ou da busca ativa que culminava na visita domiciliar.

Para implementar e qualificar as consultas, 166 ações foram pactuadas pela equipe. Essas ações estavam divididas em quatro eixos: Monitoramento e Avaliação; Organização e Gestão do Serviço; Engajamento Público; e Qualificação da Prática Clínica. Das 166 ações, 143 delas foram plenamente atendidas, o que significa 86,14%; 11 ações foram parcialmente realizadas, totalizando 6,62%; e 12 ações não puderam ser executadas, ou 7,22%.

Com base nesses dados, a equipe pôde concluir que a implementação dessa ação estratégica foi realizada com sucesso e que é possível qualificar o atendimento à população idosa com vistas a melhorar o processo de envelhecimento, tornando-o menos traumático e mais saudável e mantendo o paciente idoso e sua família seguros quanto à assistência prestada pela equipe de saúde.

Para obedecer aos princípios do **Sistema Único de Saúde - SUS** e satisfazer ao preconizado no protocolo ministerial, que traçou todos os elementos necessários e esperados em uma consulta, a equipe atualizou os conhecimentos técnicos inerentes à profissão, instruiu a comunidade individualmente ou em pequenos grupos quanto ao que estava sendo feito e o porquê e realizou diversas visitas domiciliares para entender o contexto familiar e social do paciente-alvo.

Além disso, participou da busca ativa de pacientes faltosos, avaliou globalmente o paciente e visitou as localidades com Agentes Comunitários de Saúde para proceder ao atendimento do idoso em seu território. Entretanto, todas essas atividades só foram possíveis graças ao empenho e determinação da equipe, que se voltou para o objetivo primordial de servir plenamente à comunidade em todos os seus anseios e necessidades.

A comunidade apoiou os cuidados oferecidos pela equipe e, com base nos resultados obtidos através das consultas (como o diagnóstico de doenças e a adesão ao tratamento), percebeu a importância da implantação dessa ação programática. Mas, será imprescindível todo o apoio da Gestão Municipal dentro da perspectiva de uma atenção humanizada integral à população idosa, fortalecendo a equipe e ajudando os profissionais a atuar com segurança e resolutividade.

A partir do engajamento da equipe, da comunidade e da gestão, os resultados alcançados mostram que, durante os quatro meses em que ocorreu a coleta de dados, 77 dos 94 idosos existentes na área de cobertura da ESF foram cadastrados (89,1%). No entanto, muito ainda poderia ser melhorado com a ampliação do apoio da gestão, principalmente em relação a contratação dos ACS e do incentivo e capacitação para que os profissionais da equipe de saúde bucal façam visitas e atendimentos domiciliares.

Ainda, dentro dessa proposta de implantação a equipe coloca a sua experiência à disposição da Gestão Municipal e, como consequência, de outras equipes de Estratégia de Saúde da Família visando contribuir com a manutenção da qualidade de vida das pessoas idosas que, com desejos, sonhos e objetivos como o de qualquer outro cidadão, pode contribuir significativamente para a formação e o desenvolvimento da sua comunidade.

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade

Foi na metade do mês de Julho de 2013 que a equipe de Saúde da Família decidiu, reunida, cadastrar e iniciar o acompanhamento dos pacientes com mais de 60 anos residentes no Povoado de Lagoa Nova e povoados próximos. Inicialmente, foi feito o levantamento da quantidade de idosos que residem nas três comunidades assistidas por Agentes Comunitários de Saúde. Essas comunidades são o Povoado de Santa Úrsula, o Assentamento Pau Preto e o próprio Povoado de Lagoa Nova.

Dessa forma, e sendo assim decidido, seria mais fácil acompanhar os pacientes nesses três locais. A decisão de implantar um programa de acompanhamento do idoso deveu-se ao fato de o idoso ser negligenciado a todo o instante e ser visto como uma pessoa teimosa, implicante e esquecida, muitas vezes sendo tratado como uma pessoa cheia de limitações e com pouca importância no contexto familiar e social.

Além disso, as últimas pesquisas têm mostrado que a tendência da população para os próximos anos é o envelhecimento, o que nos leva a refletir que o número de pessoas com 60 anos de idade ou mais em nossa comunidade aumentará muito. A equipe de saúde, inclusive, já fez um levantamento prévio e informal do número de pessoas sob sua responsabilidade que deverá alcançar os 60 anos de idade dentro de um ano.

Para atingir o objetivo de cadastrar e acompanhar esses idosos, algumas ações foram definidas a fim de que fossem realizadas ao longo dos 04 meses em que se desenrolou esse trabalho. Dentre essas ações, 143 delas foram plenamente realizadas, como a atualização da equipe no tratamento de hipertensão e diabetes. Apenas 11 ações foram parcialmente executadas, como o cadastramento de todos os idosos. E 12 ações não foram realizadas, como a oferta contínua de materiais para realizar atendimento odontológico. Os resultados alcançados mostram que, durante os quatro meses em que ocorreu a coleta de dados, 77 dos 94 idosos existentes na área de cobertura da ESF foram cadastrados (89,1%).

Para que tudo isso fosse possível algumas atividades na unidade de saúde foram modificadas e muitas vezes a equipe teve que se deslocar para realizar visitas domiciliares aos pacientes idosos que não compareciam às consultas agendadas. Por outro lado, muitas dificuldades foram encontradas pela equipe, principalmente

em relação à vinda do paciente para a consulta e o entendimento dele de que aquela consulta era importante para a manutenção da sua saúde.

A equipe de saúde achou necessário realizar a consulta desses idosos a cada dois meses, salvo nos casos de urgência ou emergência, e estabeleceu as quintas-feiras como o dia preferencial para realização das consultas. Todos terão direito à Caderneta de Saúde do Idoso, onde serão anotadas pela equipe a existência de doenças, uso de medicamentos, vacinação, peso, altura, pressão arterial e outros dados importantes. O idoso realizará anualmente alguns tipos de exames e será orientado sobre qualquer alteração na sua saúde.

Outras ações serão desenvolvidas ao longo das consultas, melhorando a qualidade das mesmas e, à medida que a comunidade for se habituando a essa realidade, alguns serviços e atividades serão realizados, tendo a participação de outros profissionais que possam qualificar os atendimentos, garantindo dignidade e esperança a essa importante parcela da população.

A equipe está à disposição da comunidade para qualquer esclarecimento e sugestão e agradece a participação e a colaboração de todos os familiares, amigos e vizinhos que se preocuparam em atender à nossa solicitação de acompanhar ou encaminhar o seu querido idoso para os nossos cuidados, pois eles também são nossa responsabilidade e o incentivo para que possamos melhorar e qualificar a assistência prestada.

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Após findar o período de coleta de dados foi possível refletir sobre o impacto que essa experiência de implantação do Programa de Saúde do Idoso teve sobre a equipe de Estratégia de Saúde da Família do Povoado de Lagoa Nova e a comunidade. No início dessa intervenção, quando ocorreu a definição da população alvo, as ações a serem realizadas nada mais eram do que meras presunções.

A equipe nada sabia do que esperar, e isso talvez tenha elevado o seu grau de expectativa, tornando tudo mais interessante e, por que não, também mais assustador. Discutiu-se incessantemente em reuniões prévias questões que atormentavam a equipe, como a falta de recursos na unidade e de preparo técnico de alguns profissionais para enfrentar todas as questões que surgiriam ao longo dos meses.

Entretanto, o espírito de equipe foi imperativo para o sucesso da implantação. Inúmeras discussões, não apenas em reuniões formais, foram determinantes para que se criasse uma complexa rede de apoio profissional e comunitário que viria a ser o alicerce da implementação da ação programática em questão. Importante é ressaltar que em nenhum momento a equipe deixou de acreditar no potencial de implantação dessa ação.

Muitas pesquisas foram realizadas em torno de material técnico para serem repassados entre a equipe e muitos dos materiais necessários à intervenção foram obtidos por meios próprios, como uma garantia de que tudo seria realizado como planejado. Essa postura colaborativa e positiva, possibilitando a formação de vínculos mais duradouros da equipe com a comunidade e consigo mesma foi o ponto de partida para o fortalecimento da prática profissional de todos.

A equipe aprendeu e cresceu com seus medos, com sua expectativa, com sua determinação em prosseguir. A intervenção lançou sobre todos o compromisso de estudar, de pesquisar, de inquirir, de aproveitar as oportunidades. Intimamente, deixou florescer o desejo de conhecer os pacientes, sua família, seu contexto social e espiritual, motivando, assim, um crescimento interior. O próprio olhar profissional foi modificado ao se vislumbrar um paciente idoso.

Ali está cada um de nós num futuro não tão distante. E se tivermos a chance de chegar a essa idade, possivelmente estaremos ainda repletos de aspirações, de sonhos, de carências, de vontade de sermos compreendidos e aceitos. Esse é o principal aprendizado a que a equipe podia chegar: interagir com seres humanos que tiveram o privilégio de tornarem-se idosos para que fosse possível respeitá-los e compreendê-los.

A equipe refletiu junto e refletir, segundo o dicionário Houaiss é *meditar*, é *evitar a precipitação nos juízos, a imprudência, a impulsividade na conduta*. É, ainda, *concentrar o espírito sobre si próprio, sobre suas ideias e sentimentos*. De uma forma global, as expectativas em relação à implementação da ação foram preenchidas, sendo a prática profissional beneficiada pela necessidade de aprendizado dos membros da equipe para poder alcançar os resultados preestabelecidos.

Esse conhecimento adquirido servirá a partir de então como um recurso permanente a ser utilizado em benefício dos próximos atendimentos a qualquer uma das populações assistidas, e não apenas aos idosos. A capacidade de visão holística do paciente e a própria compreensão e aplicabilidade dos conhecimentos alcançados mobilizarão sempre a equipe para a iniciativa de aprimorar cada vez mais o serviço e, buscando promover a universalidade da assistência, ampliar a oferta de cuidados quebrando todas as barreiras atualmente encontradas.

6 Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010. 44 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

GIUSTI, Carmen Lúcia Lobo *et al.* **Teses, dissertações e trabalhos acadêmicos: manual de normas da Universidade Federal de Pelotas**. Pelotas, 2006. 61f. Disponível em: <www.ufpel.tche.br/prg/sisbi>. Acesso em: 08.set 2013.

TUFANO, Douglas. **Michaelis: Guia Prático da Nova Ortografia**. São Paulo: Melhoramentos, 2008. Disponível em < <http://portal.cjf.jus.br/cjf/banco-de-conteudos-1/guia-pratico-da-nova-ortografia>> Acesso em 08.set 2013.

Anexos

Anexo A - Ficha Espelho Saúde do Idoso

**PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO
FICHA ESPELHO**

Data do ingresso no programa ____ / ____ / ____ Número do Prontuário: ____ Cartão SUS ____

Nome completo: ____ Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Endereço: ____ Necessita de cuidador? () Sim () Não


Nome do cuidador ____ Telefones de contato: ____ / ____


() Sim () Não / É acamado (a)? () Sim () Não / DM? () Sim () Não / Possui a Caderneta da pessoa idosa? () Sim () Não

Estatura: ____ cm / Perímetro Braquial: ____ cm / Osteoporose? () Sim () Não / Depressão? () Sim () Não / Demência? () Sim () Não Qual? ____

[illegible][illegible]

Anexo B - Ficha Espelho Saúde Bucal




**Especialização em
Saúde da Família**
 Universidade Federal de Pelotas

SAÚDE BUCAL DO IDOSO

Data de ingresso no programa ____ / ____ / ____ Número do prontuário: ____ Cartão SUS: ____
 Nome: ____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____
 Endereço: ____ Necessita de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador: ____ Telefones de contato: ____ / ____ / ____

Classificação de risco de cárie									
Baixo risco					Risco moderado			Alto risco	
Data	A1: ausência de cavidade ou mancha branca de cárie, com presença de placa	A2: ausência de cavidade ou mancha branca de cárie, com presença de gengivite	B: história de dente restaurado, sem placa /gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	B1: história de dente restaurado, com placa/ gengivite	C: uma ou mais de cárie inativa, sem placa/gengivite e/ou sem mancha branca de cárie	C1: uma ou mais de cavidades de cárie inativa, com placa/ gengivite	D: ausência de cavidade de cárie, com presença de mancha branca de cárie	E: uma ou mais cavidades de cárie ativa	F: presença de dor e/ou abcesso

Classificação de risco de doença periodontal					
Baixo risco		Risco moderado		Alto risco	
0: Sextante com periodonto sadio	X: Ausência de dentes no sextante	1: Sextante com gengivite	2: Sextante com supra gengival	B: Sequela de doença periodontal anterior	6: Elemento com subgengival e com mobilidade reversível ou sem mobilidade

Anexo C - Planilha de Coleta de Dados

[illegible]

Anexo D- Documento do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Apêndice

Apêndice A- Foto da Equipe de Saúde da Família

